

مقدمة قصيرة جدًّا

دانيال فريمان وجيسون فريمان

القلق

ترجمة سارة طه علام

القلق

مقدمة قصيرة جدًّا

تأليف
دانيال فريمان وجيسون فريمان

ترجمة
سارة طه علام

مراجعة
هبة عبد العزيز غانم



القلق

دانيال فريمان وجيسون فريمان

Anxiety

Daniel Freeman and Jason Freeman

الناشر مؤسسة هنداوي
المشهرة برقم ١٠٥٨٥٩٧٠ بتاريخ ٢٦ / ١ / ٢٠١٧

يورك هاوس، شييت ستريت، وندسور، SL4 1DD، المملكة المتحدة
تليفون: ‎+ ٤٤ (٠) ١٧٥٣ ٨٣٢٥٢٢
البريد الإلكتروني: hindawi@hindawi.org
الموقع الإلكتروني: https://www.hindawi.org

تصميم الغلاف: ولاء الشاهد

الترقيم الدولي: ٩٧٨ ١ ٥٢٧٣ ٣٢١٣ ٣

صدر الكتاب الأصلي باللغة الإنجليزية عام ٢٠١٢.
صدرت هذه الترجمة عن مؤسسة هنداوي عام ٢٠٢٣.

المحتويات

تمهيد

القلق واحد من الانفعالات الأساسية، وهو جزءٌ أساسي مما يعنيه أن تكون إنسانًا مثل السعادة أو الحزن أو الغضب. وإذا طُلب منك أن تتذكَّر آخرَ مرة شعرت فيها بالقلق، فلا شك أنك لن تضطر إلى العودة بالذاكرة إلى الوراء كثيرًا.

في أشكاله الأكثر حدة، يُعَد القلق أيضًا أحدَ أكثر أنواع الاضطرابات النفسية شيوعًا؛ إذ يعانيه ملايين الأشخاص حول العالم في أي وقت.

إذن لا شكَّ في أهمية القلق. ولكن على الرغم من أننا جميعًا نختبر هذا الانفعال، ربما بشكل منتظم، فقد يبدو بالنسبة إلى الكثيرين منا تجربةً غامضة جدًّا. فالقلق بالأحرى أشبهُ بالوصف الإنجيلي للريح؛ إذ إننا ندركه عندما يحل بنا، ولكننا لا نعرف من أين أتى ولا إلى أين يتجه.

لذا، نبدأ هذه المقدمة القصيرة جدًّا بتحديد معنى القلق. نحاول تحديدَ ماهية القلق، وكيف يكون الشعور به، وما قد يكون الغرض منه. على الرغم من أن الجميع يشعر بالقلق من وقتٍ لآخر، فعدد المرات التي نشعر فيها بالقلق، ومدى حدة تأثيره علينا يختلف من شخص لآخر. لفهم السبب وراء ذلك، سنركز في الفصل الثاني على القلق من أربعة منظورات نظرية رئيسية تتعلق بالقلق، ألا وهي: منظور التحليل النفسي، والمنظور السلوكي، والمنظور المعرفي، ومنظور البيولوجيا العصبية. وفي الفصل الثالث، سنبني على هذه المناقشة من خلال النظر في كيفية تأثير جيناتنا وخبراتنا الحياتية على قابليتنا للتأثُّر بالقلق.

بعد هذه الاستكشافات النظرية، نأمُل أن يمثل الفصل الرابع تحولًا ممتعًا، وكاشفًا في الوقت نفسه. نقدِّم في هذا الفصل مقابلات أُجريت خصيصى لهذا الكتاب مع الممثل والكاتب والمخرج مايكل بالين، ومدرب كرة القدم الإنجليزي السابق جراهام تايلور.

يصف كلٌّ منهما تجربته مع القلق في حياتهما العملية، ويوضِّحان الخطوات التي اتخذاها لمقاومته.

في النصف الثاني من الكتاب نحوِّل تركيزنا إلى ما يحدث عندما يكون القلق حادًّا بدرجةٍ كافية لكي يعتبر مشكلة إكلينيكية. ونخصِّص فصلًا لكل اضطراب من اضطرابات القلق الستة الرئيسة التي تغطيها أنظمةُ التصنيف النفسي: الرُّهاب، والرُّهاب الاجتماعي، واضطراب الهلع، واضطراب القلق العام، واضطراب الوسواس القهري، واضطراب ما بعد الصدمة. ونختتم الكتاب بتقييم خيارات العلاج المختلفة لمشكلات القلق. وهنا يعني ظهور علاجات سلوكية معرفية عالية الفعالية، وجودَ أسباب حقيقية تدعو إلى التفاؤل.

إن القلق أمرٌ طبيعي تمامًا ومعقَّد على نحو مدهش. وهو أيضًا محور الكثير من الأبحاث النفسية المعاصرة والممارسات السريرية المتطورة. وخلال هذا الكتاب نستند إلى هذه الأبحاث والممارسات، ولكننا سعينا لتقديمها بأكبرِ قدرٍ ممكن من الوضوح. لذا، نأمُل أن تجدوا أن هذا الكتاب ليس مجردَ دليل موثوق لطبيعة القلق، بل دليلٌ يسهُل فهمُه وممتع كذلك.

الفصل الأول

ما القلق؟

«هل تعرف هذه الأيام التي تشعر فيها بالخوف من شيء تجهله؟ ... إنه ليس اكتئابًا؛ فالاكتئاب يصيبك عندما تزداد في الوزن، أو لأنها كانت تمطر لفترة طويلة. ومن ثَم تكون حزينًا فحسب. ولكن شعور الخوف من شيء تجهله شعور مروِّع. إذ تكون خائفًا وتتصبَّب عرقًا بصورة جنونية، ومع ذلك لا تعرف ما الذي يخيفك. كلُّ ما تعرفه هو أن أمرًا سيئًا على وشْك الحدوث، ولكنك لا تعرف ماهيته فحسب.»

هولي جولايتلي، في فيلم «بريكفاست آت تيفانيز» للكاتب ترومان كابوتي

القلق لا يزول أبدًا. وليس ثمة سهلٌ مُضاء بالشمس تذهب إليه فلا يخالجك فيه القلق أبدًا بشأن أي شيء؛ كلُّ ما هنالك أن القلق يتخذ أشكالًا وصورًا مختلفة.

مايكل بالين

قد يكون الشعور «بالخوف من شيء تجهله» الذي تصفه شخصية هولي جولايتلي مروِّعًا، ولكنه طبيعي تمامًا أيضًا. فما من شخصٍ يعيش حياته دون أن يشعر بالقلق من وقت لآخر، ربما قبل استقلال الطائرة أو قبل إلقاء خطاب أو مقابلة أشخاص جدد. وعلى الرغم من أن ذلك السهل المضاء بالشمس الخالي من القلق قد يبدو جذابًا، فإننا على الأرجح لن نصل إليه أبدًا. وكما سنرى، القلق ليس أمرًا طبيعيًّا فحسب، بل إنه غالبًا ما يكون ضروريًّا.

من جهة أخرى، بالنسبة إلى أعدادٍ كبيرة — وربما متزايدة — من الناس، يُعَد القلق مشكلةً أساسية. نشر الشاعر دابليو إتش أودن كتابه «عصر القلق» في عام ١٩٤٧. يبدو

هذا في الوقت الحالي وكأنه عملٌ نبوئي رائع يتجاوز ما كان أودن يقصده فعلًا من التعليق على مجتمعٍ ما بعد الحرب. على سبيل المثال، أشارت الدراسة الاستقصائية الرئيسة للصحة العقلية في الولايات المتحدة إلى أن ١٨٪ من البالغين عانَوا نوعًا من أنواع اضطراب القلق في الاثني عشر شهرًا الماضية. يشير هذا الرقم فقط إلى القلق الذي يكون شديدًا بما يكفي بحيث يستدعي تشخيصًا طبيًّا. ومع ذلك، فإنه يشير إلى أن ما يقرُب من ٤٠ مليون بالغ في الولايات المتحدة وحدها يعانون مستوياتٍ مَرَضية من القلق؛ وهي نسبة إحصائية غير عادية.

ومع ذلك، فهناك عددٌ أكبر من الأشخاص يعانون مستوياتِ قلقٍ لا تستوفي معاييرَ اضطراب القلق المتقدم. ذكرت «مؤسسة الصحة العقلية» في المملكة المتحدة أن ٣٧٪ من البالغين يشعرون بالخوف والقلق أكثرَ مما كانوا عليه في الماضي. وقد ذكر أكثرُ من ثلاثة أرباع الذين شملهم الاستطلاع أن العالم قد أصبح مكانًا مخيفًا بشكلٍ أكبر خلال السنوات العشر الماضية. واعترف ما يقرُب من الثلث (٢٩٪) بأن القلق والخوف دفعهم إلى تغيير تصرفاتهم، مما منعهم من فعلِ أشياء كانوا يتمنون فعلها.

وعلى النقيض، فالقلق اليومي أمرٌ طبيعي، ومفيد، مثل أي انفعال آخر. نعلم جميعًا ما يعنيه الشعور بالقلق؛ إذ إننا نعيش هذه التجربة عمليًّا، وأحيانًا على نحو منتظم. إذا طلبنا منك تدوين خمس كلمات تصف القلق، فلا شك أنك لن تحتاج إلى وقت طويل للتفكير.

(١) تاريخ موجز (جدًّا) للقلق

كلمة «القلق» بالإنجليزية، anxiety، لها جذورٌ عتيقة. كمثيلاتها في اللغات الأوروبية، cognates angoisse بالفرنسية، وangst بالألمانية، وangoscia بالإيطالية، وangustia بالإسبانية؛ تنشأ كلمة anxiety من الكلمة اليونانية القديمة angh التي تعني: يضغط بقوة، ويخنق، ويثقل بالحزن، وتعني أيضًا الحِمْل، والعبء، والمتاعب. من السهل المرور بهذه المشاعر في التجربة المزعجة عمومًا التي نسميها القلق. وفي وقتٍ لاحق، دخلت كلمة angh في المصطلحات اللاتينية مثل angustus، وango، وanxietas، وكلها تحمل دلالات الضيق، والانقباض، وعدم الراحة، على غرار مصطلح لاتيني آخرَ أصبح جزءًا من المصطلحات الطبية الحديثة، ألا وهو angina، أي الذبحة الصدرية.

على الرغم من أن كلمة «القلق» قد تكون قديمة، فإنها نادرًا ما كانت تُستخدَم مفهومًا نفسيًّا أو طبيًّا قبل أواخر القرن التاسع عشر، ولم تنتشر إلا على مدى القرن العشرين.

لاحظت أوبري لويس أن ثلاثة مقالات أكاديمية عن «القلق» وردت في «الملخصات النفسية» في عام ١٩٢٧، و١٤ مقالًا في عام ١٩٣١، و٣٧ مقالًا في عام ١٩٥٠، و٢٢٠ مقالًا في عام ١٩٦٠.

لا يعني ذلك وجودَ أي دليل يشير إلى أن تجربة القلق (بعيدًا عن استخدام المصطلح) كانت أقل طبيعية وانتشارًا مما هي عليه اليوم؛ ولو كانت كذلك لكان أمرًا مذهلًا. فقد وصِفَت مشاعر الذعر والخوف، والتغيرات الجسدية التي تصاحبها في كثير من الأحيان مثل الارتجاف، والخفقان، والتنفس السريع باستمرار في الكتابات الأدبية والدينية والطبية على مر القرون.

ومع ذلك، نادرًا ما كان يُشار إلى هذه الأحاسيس باسم «القلق». علاوة على ذلك، كانت تُفَسَّر عادةً على أنها نتاج خلل أخلاقي أو ديني، أو علة جسدية عضوية أو مرض. شهد القرنان الثامن عشر والتاسع عشر ازديادًا هائلًا في الاهتمام «بالأمراض العصبية»، ولكن أعراض ما يمكن أن نصفه اليوم بالقلق كانت تعتبر جسدية المنشأ في الأساس. وركَّز النقاش العلمي على مسألة تحديد المشكلة الجسدية المسئولة عن هذه الأعراض.

على سبيل المثال، قال الطبيب النفسي الفرنسي البارز بينيديكت موريل (١٨٠٩–١٨٧٣) في منتصف القرن التاسع عشر إن أعراض القلق تنجم عن مرض في الجهاز العصبي. من ناحية أخرى، اعتقد اختصاصي الأذن والأنف والحنجرة المجري البارز موريس كريشبر (١٨٣٦–١٨٨٣) أن القلق ناجم عن اضطرابات في القلب والأوعية الدموية، وهي مشكلة يمكن علاجها بتناول الكافيين. (ومن دواعي السخرية أن هذا العلاج الذي أوصى به كريشبر قد أصبح من المعروف الآن أنه يزيد من مشاعر القلق.) وعزا موريتز بينيديكت (١٨٣٥–١٩٢٠)، أستاذ علم الأعصاب في جامعة فيينا، الدُّوار الذي غالبًا ما يحدث في نوبات الهلع إلى مشكلات في الأذن الداخلية.

ولم يبدأ الصعود السريع لمصطلح «القلق» إلا مع نشر الورقة البحثية الرائدة في عام ١٨٩٥ لمؤسس مدرسة التحليل النفسي سيجموند فرويد (١٨٥٦–١٩٣٩). نُشرت الورقة البحثية تحت العنوان البليغ «حول أسس فصل متلازمة معينة من الوهن العصبي تحت اسم «عصاب القلق»، ورأى فيها فرويد أنه لا بد من التمييز بين القلق والأشكال الأخرى من المرض العصبي (أو الوهن العصبي).

كتب فرويد، بالطبع، باللغة الألمانية. كان جيمس ستراتشي، الذي ترجم أعمال فرويد إلى اللغة الإنجليزية، مدركًا تمامًا للمشكلات التي تسببها ترجمة كلمة Angst الألمانية إلى

anxiety (قلق) بالإنجليزية، وقال: «[مصطلح Angst] يمكن ترجمته إلى أكثر من ست كلمات شائعة في اللغة الإنجليزية — مثل الخوف، الذعر، الفزع، إلخ ... — ومن ثَم من غير العملي تمامًا اختيار أحد المصطلحات الإنجليزية البسيطة بوصفه ترجمته الوحيدة». ومع ذلك، هذا الاستخدام هو ما استمر.

الموضع المركزي الذي يشغله مصطلح «القلق» في التفكير في مجال الطب النفسي اليوم هو إلى حد كبير إرثٌ لعمل فرويد في هذا الموضوع، ومع ذلك فقد أصبحت الآن نظريات فرويد حول هذه المسألة مشكوكًا فيها إلى حد كبير، كما سنرى في الفصل الثاني. ولكن كانت هناك تأثيرات أخرى أيضًا. كان أحدها إحياء الاهتمام في منتصف القرن العشرين بأعمال الفيلسوف الدنماركي سورين كيركجارد (١٨١٣–١٨٥٥)، وبخاصة مفهومه عن القلق، وهو الفزع المؤلم الذي يثيره إدراك كلٍّ من حريتنا في التصرف، ومسئوليتنا عن تلك التصرفات. كان لكيركجارد، ومفهومه عن القلق، تأثير مهم على فلاسفة المدرسة الوجودية البارزين مثل جان بول سارتر (١٩٠٥–٨٠١٩) ومارتن هايدجر (١٨٨٩–١٩٧٦)، وهذا على الرغم من أن فكرتهم عن القلق كانت بعيدة كلَّ البعد عن تعريف علماء النفس في الوقت الحاضر للقلق.

ثم ظهر وباء «صدمة القصف» الذي تسببت فيه الحرب العالمية الأولى. في الواقع، لم يكن هناك جماعات في المملكة المتحدة، سوى القليل، لا تضم شخصًا يعاني بوضوحٍ مشكلاتٍ نفسية حادة نتيجةَ الفظائع التي تعرَّض لها أثناء الصراع. (في الوقت الحالي، لن يُشَخَّص هؤلاء الرجال بأنهم مصابون بـ «صدمة القصف»، بل باضطرابِ ما بعد الصدمة، الذي يمكنكم قراءة المزيد عنه في الفصل العاشر.)

(٢) القلق انفعال

تكثر النظريات المتعلقة بالقلق، ولكن يتفق العلماء على أنه انفعال. في الواقع، يُنظر إلى الخوف عادةً على أنه أحد الانفعالات الخمسة الأساسية، إلى جانب الحزن، والسعادة، والغضب، والاشمئزاز. (كما سنرى بعد قليل، يتم استخدام مصطلحَي «القلق» و«الخوف» بشكل عام على أنهما مترادفان.) عندما نشير إلى الانفعالات الأساسية، فإننا نعني أنها أولى الانفعالات التي تتطور في البشر، عادةً في غضون ستة الأشهر الأولى التي تلي الولادة.

كل هذا جيد، ولكن ما الذي نعنيه بالضبط بمصطلح «الانفعال»؟ يدور خلاف حول هذا المفهوم، ولكن هناك اتفاقًا عامًّا على أن الانفعالات ظاهرةٌ معقَّدة تؤثِّر عادةً على أفكارنا

وأجسادنا وسلوكنا. هناك دليل على أن كل انفعال من الانفعالات الأساسية ينطوي على تعبير وجه واضح، وإلى حدٍّ ما، على رد فعلٍ جسدي (أو فسيولوجي) مختلف. عندما ندرك واحدًا أو أكثر من هذه التغييرات، فهذا يعني أننا نشعر بانفعالٍ ما.

اجتمع علماء النفس الحاليون على فكرة أن الانفعالات هي أحاسيسُ قوية واعية تنتج عن تقييمنا لحدث أو موقف معيَّن. هذا التقييم، الذي قد يكون واعيًا أو غير واعٍ، هو ما يحدِّد الانفعال الذي نشعر به. على سبيل المثال، إذا أحسسنا بالنجاح، فإننا نشعر بالسعادة. وإذا لاحظنا أننا تعرَّضنا للظلم أو للقمع، فإننا نشعر بالغضب. وإذا اعتقدنا أننا في خطر، فإننا نشعر بالخوف.

لكن لماذا نحتاج إلى الانفعالات؟ ألن تكون الحياةُ أكثرَ متعة إذا لم نكن عرضة للخوف أو الحزن أو الاشمئزاز؟ في الواقع، من دون الانفعالات، ستكون حياتنا بالتأكيد أقصرَ كثيرًا. تساعدنا الانفعالات في البقاء والازدهار وتمرير جيناتنا. على حد تعبير بول إيكمان، عالم النفس الرائد في مجال الانفعالات، فقد «تطورت [الانفعالات] من خلال قيمتها التكيفية في التعامل مع مهام الحياة الأساسية». ولذلك، على سبيل المثال، فالسعادة التي شعر بها أسلافنا بعد نجاحهم في تطوير أداةٍ ما مفيدة شجَّعتهم على تكرار التجربة؛ وساعدهم الحزن عند انفصالهم عن أصدقائهم وأحبائهم في الحفاظ على الروابط الاجتماعية المهمة؛ وساعدهم القلق على ضمان ألا ينتهيَ بهم المطاف كوجبة لأحد الحيوانات البرية.

يحدِّد علماء النفس الحالات الانفعالية من حيث المدة التي تستغرقها. تشير الأبحاث إلى أن ردود الأفعال الفسيولوجية الأولية — التي تشمل تعبيرات الوجه — لا تدوم عمومًا سوى بضع ثوانٍ فقط. أما الانفعال فيستمر بين ثوانٍ وساعات. إذا استمر الانفعال فترةً أطول، يشار إليه بالحالة المزاجية؛ وإذا كنا نميل إلى الاستجابة بهذه الطريقة، فيكون هذا جزءًا من «شخصيتنا».

تُعَد الانفعالات غايةً في الأهمية بالنسبة إلينا لدرجةٍ يصبح معها من غير المفاجئ أننا غالبًا ما نكون ناجحين للغاية في التعرُّف إلى مشاعر الآخرين. على سبيل المثال، أظهر بحثٌ أجراه راينر بانزي وكلاوس شيرير أن الناس بارعون في التعرُّف إلى الانفعالات ببساطة من خلال نبرة صوت المتكلم لا من خلال ما يقوله فعلًا. (وجَّه بانزي وشيرير مجموعةً من الممثلين بقول عبارة لا معنى لها، ومن ثَم تلافي تخمين المشاركين للمشاعر من خلال معاني الكلمات المستخدمة.)

كشفت دراسات أخرى أن الأفراد غالبًا ما يكونون قادرين على التعرُّف إلى الانفعالات باستخدام اللمس. قام فريق من الباحثين في الولايات المتحدة بفصل المشاركين إلى أزواج،

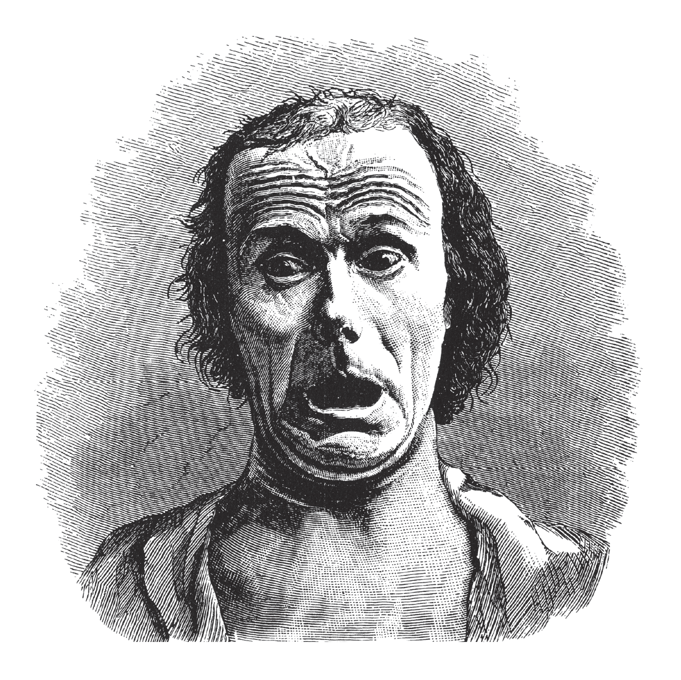
بحيث يجلس كل زوج على طاولة تقسمها ستارة سوداء. بعد ذلك، حاول أحد الزوجين نقْل مجموعة من الانفعالات — مثل الغضب، والاشمئزاز، والخوف، والسعادة، والحزن، والمفاجأة، والتعاطف، والإحراج، والحب، والحسد، والفخر، والامتنان — فقط عن طريق لمس ذراع الآخر. كان مَن يلمسون الشريك الآخر يميلون إلى استخدام تقنيات مماثلة للتعبير عن انفعالات بعينها: كالتربيت للإشارة إلى الحب، على سبيل المثال، أو الارتعاش للإشارة إلى الخوف. وفي كثير من الأحيان، حقَّق المشاركون الذين يخمنون الانفعالات التي ينقلها شركاؤهم نجاحًا ملحوظًا في التعرُّف عليها. لذا، إذا كنا لا نعرف كيف يشعر الناس من حولنا، فقد نحتاج ببساطة إلى إيلاء المزيد من الاهتمام إلى الإشارات التي يرسلونها بصورة شبه حتمية.

(٣) القلق والتطور: المواجهة أو الهروب

إذا كنت قد رصدت نظريات تشارلز داروين في السياق السابق للحديث عن الانفعالات، فأنت على حق. في الواقع، كانت الانفعالات موضوعَ إحدى الدراسات الرائعة التي كتبها داروين، ونشرها تحت عنوان «التعبير عن الانفعالات في الإنسان والحيوان». نُشر هذا الكتاب في عام ١٨٧٢، ولكن طغى عليه لفترة طويلة كتابُ داروين الثوري الذائع الصيت «عن أصل الأنواع» (١٨٥٩). ولكن بعد عقود من الإهمال، صار لكتاب «التعبير عن الانفعالات في الإنسان والحيوان» تأثيرٌ قوي على التفكير العلمي.

يرى داروين أن الانفعالات سلوكياتٌ معبِّرة في المقام الأول: تغييرات فسيولوجية تلقائية وغير واعية وفطرية إلى حد كبير (وليست مكتسبة)، وتعبيرات وجه، وسلوكيات. ما يثير اهتمام داروين على وجه الخصوص هو نطاق التصرفات والتغيرات الجسدية المرئية التي تميز كلَّ انفعال. تساعد كلٌّ من هذه التصرفات والتعبيرات الشخصَ الذي يختبر الانفعال وترسل إشارات لمن حوله. لاحظ داروين ما يلي في حالة الخوف:

> تكون العينان مفتوحتين على اتساعهما، والفم فاغرًا، والحاجبان مرفوعين. يقف الشخص الخائف في البداية كالتمثال لا يحرك ساكنًا ولا يتنفس، أو ينحني كما لو كان غريزيًّا يحاول الاختباء كي لا يُرى. يدق القلب بسرعة وعنف … يشحب لون الجلد على الفور … [ويصبح باردًا] ويتصبب منه العَرق … ينتصب الشعر على الجلد … ويجف الفم …



شكل ١-١: رسمة توضيحية من كتاب تشارلز داروين «التعبير عن الانفعالات في الإنسان والحيوان» توضح شعور «الفزع».

كما يوضح عنوان كتاب داروين، فهو لا يعتبر الانفعالات صفةً تميز البشر وحدهم. في الواقع، كرَّس داروين جهدًا كبيرًا لتسليط الضوء على الاستمرارية (وكذلك الاختلافات) بين التجربة الحيوانية والبشرية والتعبير عن الانفعال. فهو يقول على سبيل المثال:

> في كل الحيوانات أو أغلبها تقريبًا، وحتى في الطيور، يتسبب الفزع في ارتعاش الجسم … فيما يتعلق بانتصاب الشعر اللاإرادي [الذي يسببه الخوف عادةً]، لدينا سبب وجيه للاعتقاد بأنه في حالة الحيوانات، هذا الفعل … يهدف، إلى جانب حركات إرادية معينة، إلى جعل الحيوانات تبدو مخيفة لأعدائها؛ وبما أن الحيوانات القريبة جدًّا للإنسان تقوم بنفس الأفعال الإرادية واللاإرادية، فقد قادنا هذا إلى الاعتقاد بأن الإنسان قد احتفظ بالوراثة ببقايا نظام قد أصبح عديم الفائدة الآن.

وعلى نحو مثير للجدل بالقدْر نفسه في ذلك الوقت، أصرَّ داروين على أن الطريقة التي يعبِّر بها البشر عن الانفعالات كانت دائمًا واحدة، بغض النظر عن العِرق.

لقد ناقشنا التعبير عن الخوف بما فيه الكفاية. فماذا عن الوظيفة التكيفية للقلق؟ كيف تساعدنا بالضبط؟ صاغ أستاذ علم وظائف الأعضاء بجامعة هارفارد، والتر كانون (١٨٧١–١٩٤٥) الوصف الكلاسيكي لهذا في عام ١٩١٥. فهو أول مَن صك عبارة «المواجهة أو الهروب» لوصف الاستجابة الحيوانية النموذجية للخطر. الغرض من القلق هو تنبيهنا إلى التهديد المحتمل وإعدادنا للاستجابة بشكلٍ مناسب. وكذا لإرسال إشارة إلى الآخرين بضرورة توخي الحذر.

(٤) نظرية الأنظمة الثلاثة للقلق

يتسبب القلق في سلسلة من التغييرات الفسيولوجية، وكلها مصمَّمة لمساعدتنا على التركيز بالكامل على التعامل مع التهديد المفاجئ لوجودنا. ترتبط هذه التغييرات بما يُعرف بالجهاز العصبي اللاإرادي، الذي تتمثل وظيفته في الإشراف على العمليات الفسيولوجية الأساسية — على سبيل المثال، التنفس، وتنظيم درجة الحرارة، وضغط الدم. يتكون الجهاز العصبي اللاإرادي من نظامين فرعيين مكملين: الجهاز العصبي السمبثاوي، الذي يجهِّز الجسم للاستجابة للخطر؛ والجهاز العصبي الباراسمبثاوي، الذي يتحكم في النشاط المحموم للجهاز العصبي السمبثاوي ويوازنه.

لذلك، على سبيل المثال، يرفع الجهاز العصبي السمبثاوي معدل ضربات القلب، مما يسمح للدم بالوصول إلى عضلاتنا بشكلٍ أسرع (بنسبة تصل إلى ١٢٠٠٪ في بعض الحالات). تتسع حدقة العين، مما يؤدي إلى إرخاء العدسة والسماح للمزيد من الضوء بالوصول إلى العين. يُعَلَّق عمل الجهاز الهضمي، مما يؤدي إلى انخفاض إنتاج اللعاب، ومن ثَم جفاف الفم الذي نشعر به غالبًا عندما نشعر بالخوف. ويشير بحث جديد إلى أن التعبير الذي عادةً ما يرتسم على وجوه الناس عندما يخافون — العيون المحدقة، وفتحات الأنف المتسعة، والحواجب المرفوعة — يساعدنا في الواقع على الرؤية بصورةٍ أفضل واكتشاف الروائح بشكلٍ أكثر فعالية، وهي سماتٌ يمكن أن تحدِث فارقًا كبيرًا في المواقف الخطِرة. لولا الخوف والقلق، لانقرض البشر بالتأكيد منذ زمن طويل. في النهاية، لا تكون المخلوقات التي لا تستطيع التعرُّف إلى الخطر والاستجابة وفقًا لذلك سوى فريسة مناسبة تمامًا فقط لكائنٍ آخر، والدليل القاطع على هذا هو طائر الدودو المنقرض.

كما رأينا، أكَّد داروين الطريقةَ التي نعبِّر بها عن انفعالاتنا. ولكن على الرغم من كون هذا أمرًا مهمًّا بطبيعة الحال، فإنه لا يروي القصة كاملة. فهناك ما هو أكثر فيما يتعلق بالانفعالات من الصورة التي تظهر بها على ملامحنا، أو سلوكنا الجسدي. هذا ما كان عالم النفس بيتر لانج يشير إليه عندما صاغ نموذج «الأنظمة الثلاثة» للقلق.

وفقًا للانج: يتجلى القلق بثلاث طرق:

(١) **ما نقوله وكيف نفكِّر:** على سبيل المثال، القلق بشأن مشكلة أو الإفصاح بالقول عن الخوف أو القلق.

(٢) **كيف نتصرف:** تجنُّب مواقف معينة، على سبيل المثال، أو توخِّي الحذر باستمرار تحسبًا للمتاعب.

(٣) **التغيرات الجسدية:** على سبيل المثال، ارتفاع معدل ضربات القلب أو التنفس السريع أو تعبير وجه بعينه.

هذه الأنظمة الثلاثة مترابطة بشكل فضفاض. إذا أردنا معرفةَ إذا ما كان شخصٌ ما قلقًا أم لا، فلا يمكننا أن نبنيَ حكمنا على ما يخبرنا به عن شعوره فحسب، فقد يخفي مشاعره الحقيقية، أو قد لا يكون على دراية بها من الأساس. وبالمثل، لا تعني حقيقةُ انخراط شخصٍ ما في نشاط أنه غير قلق بشأنه (تمامًا كما قد يتجنَّب الشخص القيامَ بشيء لأي سبب من الأسباب بخلاف الخوف). ومن الممكن تمامًا أن تشعر بالقلق دون الشعور بانقباض مَعِدتك أو الشعور بأن قلبك على وشْك أن يقفز من صدرك من شدة خفقانه.

(٥) تعريفات القلق

مع الأخذ في الاعتبار أنه لا يوجد حتى الآن تعريف واحد للقلق، فلنلقِ نظرةً الآن على محاولتين مفيدتين لتعريفه. يأتي التعريف الأول من «الدليل التشخيصي والإحصائي للاضطرابات النفسية» (DSM)، وهو مصدر قياسي لاختصاصيي الصحة النفسية أصدرته «الجمعية الأمريكية للطب النفسي». ووفقًا «للدليل التشخيصي والإحصائي للاضطرابات النفسية»، فالقلق هو:

> التوقُّع المخيف لخطر أو مصيبة في المستقبل مصحوبًا بإحساس بالانزعاج أو بمشاعر توتر جسدية. قد يكون الخطر المتوقَّع داخليَّ المركز أو خارجيَّ المركز.

وإليكم تعريفًا أقلَّ تقنيةً للقلق وضعه عالم النفس الأمريكي ديفيد بارلو:

> القلق هو حالة مزاجية موجَّهة نحو المستقبل يكون فيها الشخص مستعدًّا أو جاهزًا لمحاولة التعامل مع الأحداث السلبية القادمة. فإذا كان علينا التعبير عن القلق كلاميًّا، يمكننا التعبير عنه كما يلي: «يمكن لهذا الحدث الرهيب أن يتكرر ثانية، وقد لا أكون قادرًا على التعامل معه، ولكنني لا بد أن أكون مستعدًّا للمحاولة».

يشير كلا التعريفين إلى أن القلق انفعال (على الرغم من أن «الدليل التشخيصي والإحصائي للاضطرابات النفسية» يستخدم مصطلح «إحساس»، ويشير بارلو إليه على أنه «حالة مزاجية»). وكما نعلم جميعًا، القلق ليس شيئًا ممتعًا؛ وهذا ما يعنيه «الدليل التشخيصي والإحصائي للاضطرابات النفسية» باستخدام كلمة «انزعاج» (فهذا هو المصطلح المستخدَم في علم النفس للشعور غير السار). قد يتصرف جسمنا بطرقٍ غير معتادة (تقلُّب المَعِدة، اتساع العينين، تسارُع دقات القلب)، ومن هنا جاءت إشارة «الدليل التشخيصي والإحصائي للاضطرابات النفسية» إلى المشاعر «الجسدية». وينبع مصدر كل ذلك من تصوُّر أننا ربما نواجه مشكلة خطِرة.

التوتر هو مفهوم وثيق الصلة ولكنه مختلف قليلًا. يُعَرَّف التوتر بأنه ما نشعر به عندما نعتقد أننا لا نستطيع التعامل مع المتطلبات التي نواجهها. وهو يتألف من عنصرين؛ مشكلةٍ وتصورٍ ذاتي (على وجه الخصوص، أننا غير قادرين على التعامل مع المشكلة المعنية). مثل القلق، فالتوتر متجذِّر في نظام «المواجهة أو الهروب». يمكن أن يثير التوتر مجموعةً من الاستجابات الانفعالية وفي ذلك، في كثير من الأحيان، القلق.

قد تتساءل أيضًا كيف يختلف القلق عن الخوف. في الواقع، غالبًا ما يُستخدم المصطلحان بالتبادل، وهذا ما نفعله في هذا الكتاب. وعلى الرغم من ذلك، يميِّز بعض الباحثين بينهما، وعادةً ما يدور هذا التمييز حول الشيء الذي يثير انفعالنا. عادةً ما يكون الشيء الذي يثير الخوف واضحًا — مثل رؤية زعنفة سمكة قرش أثناء السباحة، ربما، أو شخص يقود سيارته بطريقة خطِرة إلى جانب سيارتنا على الطريق السريع — وغالبًا ما يعمل الخوف كنوع من رد الفعل للطوارئ (الشعور بالخوف قليلًا يكاد يكون تناقضًا مصطلحيًّا). ولكن الأمور عمومًا أقل وضوحًا عندما يتعلق الأمر بالقلق. فبدلًا من المواقف التي نعرف فيها تمامًا ما يخيفنا — ويختفي خوفنا سريعًا بمجرد زوال التهديد — قد

لا يكون لدينا أي فكرة عن سبب شعورنا بالقلق. كما قالت هولي جولايتلي في «بريكفاست آت تيفانيز»: «كلُّ ما تعرفه هو أن أمرًا سيئًا على وشْك الحدوث، ولكنك لا تعرف ماهيته فحسب.»

يمكن أن يكون القلق في كثير من الأحيان شعورًا أقل حدة من الخوف. يمكن أن يبدوَ غامضًا وليس له ملامح محدَّدة — ولهذا السبب بالذات يصعُب التخلص منه. ففي نهاية المطاف، إذا كنا لا نعرف ما الذي يقلقنا، فمن الصعب معرفةُ كيفية التعامل مع المشكلة. وقد أشار بعض الخبراء إلى أن القلق هو الانفعال الذي نشعر به عندما لا نستطيع أو لا نعرف كيف نتصرف للتعامل مع تهديد ما. لذلك من المرجَّح أن تدفعنا رؤيةُ كلب كبير يندفع نحونا كاشفًا عن أنيابه إلى العدْوِ خوفًا؛ بينما من المرجح أن تأخذ المخاوف بشأن الموت شكلَ القلق المزعج أكثرَ من الخوف المباشر.

إذا كان القلق أمرًا طبيعيًّا، فكيف يمكننا معرفةُ إن كان يخرج عن نطاق السيطرة أم لا؟ وفي أي مرحلة يصبح القلق العادي مشكلةً سريرية تحتاج إلى الانتباه؟ لا بدَّ من الحكم على كل حالة في سياقها الخاص، ولكن سيأخذ اختصاصي الصحة النفسية في الاعتبار ما يلي:

- ما إذا كان الشخص يصيبه القلق في غير محله (يشبه قلقه إنذار سيارة شديد الحساسية)؛
- ما إذا كان القلق قائمًا على تصوُّر غير واقعي أو مفرط للخطر؛
- كم من الوقت أثَّر القلق على هذا الشخص؛
- مدى عِظَمه على هذا الشخص؛
- ودرجة تأثير القلق في الحياة اليومية للشخص.

بعد ذلك، سيحاول الاختصاصي النفسي مطابقة تجارب الشخص مع أنواع اضطرابات القلق الستة — التي صنَّفتها أنظمة التشخيص النفسي الرئيسة على هذا النحو — التي سنتناولها بالوصف في الفصول من الخامس إلى العاشر.

إذا كنت قلقًا بشأن مستويات القلق لديك، فستجد استبيانات تقييم ذاتي للعديد من الاضطرابات المحددة في الملحق.

الفصل الثاني

نظريات القلق

كما رأينا في الفصل الأول، نادرًا ما استخدم الأطباء والعلماء مصطلح «القلق» حتى القرن العشرين. ومع ذلك، مع تزايد الاهتمام بالقلق فقد تطوَّرت مجموعة ثرية ومتنوعة بصورة متزايدة من العمل النظري المكرَّس لفهمه. في هذا الفصل، نلقي نظرة على القلق من أربعة منظورات رئيسة، وهي ترتقي من الأفكار التي تعود إلى نهاية القرن التاسع عشر إلى أحدث التطورات:

- منظور التحليل النفسي
- المنظور السلوكي
- المنظور المعرفي
- منظور البيولوجيا العصبية

(١) نظريات التحليل النفسي المرتبطة بالقلق

> كلما تعمقنا أكثرَ في دراسة العمليات العقلية، أدركنا وفْرتها وتعقيدها. وثمة عددٌ من الصيغ البسيطة التي بدت في بداية الأمر أنها تلبي احتياجاتنا، تبيَّن لاحقًا أنها غير مناسبة. وهنا، حيث نتعامل مع القلق، ترى كل شيء في حالة من التغيير والتقلب.
>
> «القلق والحياة الغريزية» لسيجموند فرويد

من الشخصيات التاريخية المؤثِّرة في دراسة القلق مؤسسُ التحليل النفسي، سيجموند فرويد (١٨٥٦–١٩٣٩). دُرِّب فرويد طبيبًا في جامعة فيينا، وتخصَّص في علم الأعصاب (دراسة وعلاج اضطرابات الجهاز العصبي). بحلول تسعينيات القرن التاسع عشر،

توصَّل فرويد إلى الاعتقاد بأن الأعراض التي ظهرت على العديد من مرضاه لم تكن نتاجًا لمرض في الجهاز العصبي المادي، بل نتاجًا لفشلهم في التعامل مع الدوافع النفسية غير المرئية واللاواعية والجنسية في المقام الأول. أصبحت هذه الفكرة حجرَ الزاوية في التحليل النفسي، الذي ظل الشكل السائد لعلاج المشكلات النفسية في أوروبا والولايات المتحدة حتى سبعينيات القرن الماضي على الأقل.

تمثَّل اهتمامُ فرويد بالقلق في نشرِ ورقته البحثية، «حول أسس فصل متلازمة معينة من الوهن العصبي تحت اسم «عصاب القلق»» في عام ١٨٩٥. كما يشير العنوان، كان الغرض الرئيسي من هذه الورقة البحثية هو التمييز بين ما أسماه فرويد «عصاب القلق» (Angstneurose) والأشكال الأخرى من المرض العصبي (أو الوهن العصبي).

ما أعراض «عصاب القلق»؟ فيما يلي الأعراض طبقًا لفرويد:

- حدة الطبع
- شعور متجذِّر ومزعج بالتشاؤم؛ الاعتقاد بأن كارثة على وشْك الحدوث. أطلق فرويد على هذه السمة اسم «التوقع القلِق».
- نوبات الهلع، وغالبًا ما تنطوي على أعراض جسدية مثل صعوبة التنفس، وآلام في الصدر، والتعرق، والدُّوار، والرعشة.
- الاستيقاظ خوفًا في الليل.
- الدُّوار، حيث يختبر الشخص «أحاسيسَ بأن الأرض تهتز، وبأن ساقيه واهنتان، وبأنه يستحيل عليه أن يقف».
- الرُّهاب.
- الشعور بالغثيان أو الجوع الشديد أو الإسهال.
- وخز في الجلد (كوخزات دبابيس وإبر) أو تنميل.

يقول فرويد إن السبب في عصاب القلق — على عكس الأمراض العصبية الأخرى — هو العجز عن إشباع مشاعر الاستثارة الجنسية المتراكمة على النحو الملائم. على سبيل المثال، استشهد فرويد بحالات «العزوف عن ممارسة الجنس عمدًا» في الرجال والنساء؛ وحالات الرجال الذين يمرون بـ «حالة استثارة غير مكتملة»، على سبيل المثال إذا كانوا مخطوبين ولكنهم لم يتزوجوا بعد؛ والنساء اللاتي يعاني أزواجهن من القذف المبكر أو من ضعف ملحوظ في القدرة الجنسية ... [أو] يمارس أزواجهن الجماع مع القذف خارج المهبل أو يمارسون الجماع دون قذف».

بل من المفارقات، بالنظر إلى أن التحليل النفسي يدور حول أسبقية العقل، أن فرويد كان يعتقد في عام ١٨٩٥ أن القلق ناجم عن عوامل «جسدية». كان للاستثارة الجنسية بالتأكيد تأثيرٌ عميق على النفس أدى إلى الرغبة في الإشباع الجنسي، ولكن جوهرها كان فسيولوجيًّا. يقول فرويد إن الاستثارة عند الرجال عبارة عن «ضغط على جدران الأوعية المنوية». واعتقد فرويد أن عملية مماثلة تحدث في حالة النساء، ولكنه لم يكن يعرف ماهيتها.

ومع ذلك، فآراء فرويد حول القلق تطوَّرت بشكل كبير على مر العقود. يتلخص رأيه الأخير في «القلق والحياة الغريزية»، وهي محاضرة ألقاها في عام ١٩٣٢. كان فرويد لا يزال يعتقد أن عصاب القلق متجذر في الطاقة الجنسية، ولكنه كان ينظر في ذلك الوقت إلى هذه الطاقة على أنها نفسية في الأساس وليست جسدية.

ربما لاحظتم استخدام مصطلح «عصابي» في هذا السياق. وهذا لأن فرويد بحلول ذلك الوقت كان يميز بين القلق كاستجابة مبرَّرة لخطرٍ حقيقي، وما يسمَّى بالقلق العصابي، وهو قلق مفرِط وغير عقلاني. ينشأ القلق الواقعي من تهديدات في البيئة الخارجية؛ بينما ينشأ القلق العصابي من الداخل، على الرغم من أننا غير مدركين لسببه الحقيقي. القلق الواقعي يساعدنا؛ أما القلق العصابي فيمكن أن يجعل حياتنا بائسة.

أحد العناصر الأساسية في نظرية القلق لدى فرويد هو ما أسماه بالـ «هو» (ويطلق عليه باللاتينية id)، وهو مخزون نفسي بدائي ووحشي للرغبات الغريزية. وتقع مهمة إدارة هذه الرغبات والسيطرة عليها، والمدفونة عميقًا في لا وعينا، على عاتق الجزء الثاني من النفس الفرويدية، ألا وهو «الأنا» (ويطلق عليه باللاتينية ego). عندما تفشل الأنا في هذه المهمة التي لا تُحسد عليها، ينتج عن ذلك قلق عصابي، وبذلك تُقْمَع الرغبة. يشير فرويد أيضًا إلى أن نوبات القلق التي نُصاب بها تستدعي لأذهاننا مواجهتنا الأولى مع الخطر: صدمة الولادة. وكل خوف قلق نمرُّ به هو تكرار لهذا الحدث الجوهري.

تتضح نظرية القلق المتطورة لفرويد من خلال واحدة من أشهر دراسات الحالات التي قام بها، ألا وهي دراسة «هانز الصغير». كان هانز صبيًّا في الخامسة من عمره نشأ لديه خوفٌ من الخيول. قال فرويد، الذي عمل بشكل أساسي انطلاقًا من المعلومات التي قالها والد هانز، إن رُهاب الخيول لدى هانز كان في الواقع خوفًا من رغبته الجنسية اللاواعية تجاه والدته ومن انتقام والده الذي توقَّعه بصورة لا واعية. الخوف «المرفوض» — مرفوض لأنه ناتج عن افتتان الطفل الأوديبي بوالدته — يتحول إلى رُهاب أكثرَ قبولًا.

وهكذا أُلغي التمييز الدقيق بين المخاوف الواقعية والعصابية: يوضح فرويد أن أصل كل قلق عصابي، هو الخوف من خطرٍ خارجي (الخوف من العِقاب على يد الأب في هذه الحالة، ربما عن طريق الإخصاء).

كان فرويد، بلا شكٍّ، أحدَ أكثر المفكرين تأثيرًا في القرن العشرين، ومع ذلك يعتبر العلماء أفكاره في الوقت الحاضر غير مناسبة بشكل أو بآخر. كما كتب عالم النفس ستانلي راتشمان: «أعماله بأكملها، بما في ذلك نظرية القلق، غنيةٌ بالتنظير، ولكنها تفتقر إلى الدقة المنهجية والحقائق».

(٢) النظريات السلوكية حول القلق

القلق استجابة مكتسَبة.

أورفال هوبارت ماورر

أُجْرِيَت واحدة من أشهر التجارب في تاريخ علم النفس في لندن في عام ١٩٢٠. وقد أُجْرِيَت بقيادة جون برودس واطسون (١٨٧٨–١٩٥٨) الذي كان أشهر نجوم علم النفس الأنجلو أمريكي آنذاك. كان واطسون رائد «السلوكية»، وهو المنهج الذي سيطر على علم النفس الأكاديمي خلال الجزء الأكبر من القرن العشرين.

رفضت السلوكية بقوة علم النفس الأكاديمي الذي أسَّسه كلٌّ من فيلهلم فونت (١٨٣٢–١٩٢٠) وويليام جيمس (١٨٤٢–١٩١٠)، كما رفضت التحليل النفسي، وسرعان ما أصبحت السلوكية المنهج السائد في أوروبا لفهم ومعالجة العقل واضطراباته.

اتخذت السلوكية، كما يوحي الاسم، سلوكَ البشر والحيوانات (لم ترَ فرقًا جوهريًّا بين الاثنين) موضوعًا لها. في الواقع، رأى واطسون أن السلوك هو الموضوع الوحيد المناسب دراسته لعلم النفس العلمي الحقيقي. وقال إن الأفكار والانفعالات والأحلام كلها غير مهمة. كيف يمكن دراسة هذه الظواهر علميًّا؟ كتب واطسون في مقاله «علم النفس كما يراه السلوكي»، في عام ١٩١٣ أن:

> علم النفس ... فرعٌ تجريبي موضوعي بحت من فروع العلوم الطبيعية ... هدفه النظري هو التنبؤ بالسلوك والتحكم فيه.

رأى واطسون وأتباعه أن لكل سلوك تفسيرًا بسيطًا، ألا وهو أننا «نتعلمه». وهذا يعيدنا إلى تجربة عام ١٩٢٠ الشهيرة. إلى جانب واطسون، كان البطل الآخر لهذه التجربة في عام ١٩٢٠ رضيعًا خلَّده واطسون (ومساعِدته وزوجته المستقبلية روزالي راينر) تحت اسم «ألبرت بي».

كان ألبرت بي يبلغ من العمر تسعة أشهر، وكان ابن مرضعة في «عيادة هارييت لين للأطفال العاجزين» في لندن. بدأ واطسون وراينر باختبار ردود فعلِ ألبرت على مجموعة من الأشياء، بما في ذلك فأرٌ أبيض، وأرنب، وكلب، وقطن طبي، وصحف محترقة. بدا ألبرت — الذي كان، وفقًا لعالمي النفس، طفلًا سعيدًا ومعافًا وهادئًا — فرحًا بكل هذه الأشياء.

بعد بضعة أسابيع، عرض واطسون وراينر الفأر الأبيض على ألبرت للمرة الثانية. في هذه المرة، بمجرد أن لمس ألبرت الفأر، ضرب عالما النفس بمطرقة على منضدة فولاذية، مما أحدث ضوضاء عالية مفاجئة ومخيفة. خلال الأسابيع القليلة المقبلة، اكتشفا أن ألبرت صار يخاف من الفأر الأبيض، حتى عندما لا يضربان بالمطرقة على المنضدة الفولاذية. وليس ذلك فحسب، بل كان الطفل يخاف أيضًا من الأشياء التي تشبه الفأر الأبيض بصورةٍ ما، مثل الأرنب أو حتى شعر واطسون.

استخدم واطسون وراينر مصطلح «الارتباط الشرطي» لوصف عملية تعلُّم الخوف من شيء أو موقف محايد لا يشكل تهديدًا بسبب اقترانه بحدث آخرَ مخيف أكثر بصورة واضحة. تأثَّر واطسون وراينر بشدة في هذه التجربة بعمل العالم الروسي إيفان بافلوف (١٨٤٩–١٩٣٦). أثبت بافلوف إثباته الشهير أنه بمجرد ارتباط محفِّز معين (بندول الإيقاع على سبيل المثال) بالطعام، ستتعلم الكلاب الاستجابة لهذا المحفِّز بنفس الطريقة التي تستجيب بها للطعام — بإفراز اللعاب — حتى في حالة عدم وجود طعام.

استخدم واطسون وراينر مثال ألبرت بي كدليل على نظريتهما القائلة بأن جميع المخاوف ناتجة عن الارتباط الشرطي، وإننا عادةً ما نتعلمها في طفولتنا:

> توفِّر الحياة المنزلية المبكرة للطفل وضعًا مَعْمَليًّا لإنشاء استجابات انفعالية مشروطة.

وقالا إن الارتباط الشرطي هو الذي يفسِّر كيف تتطور المخاوف غير المنطقية والرُّهاب:

> من المحتمل أن العديد من حالات الرُّهاب في علم النفس المرضي هي استجابات انفعالية مشروطة …

بالطبع، لا يمثل طفل واحد عينةً علمية قوية؛ ومن ناحية أخرى، أجرى واطسون معظم تجاربه على الفئران.

طوَّر عالم النفس الأمريكي أورفال هوبارت ماورر (١٩٠٧–١٩٨٢) الأفكار السلوكية المتعلقة بالقلق فيما بعد. قال ماورر فيما أطلق عليه نظرية القلق ذات المرحلتين، إن القلق — وعلى وجه التحديد الرغبة في تجنُّبه — هو محرك جوهري للسلوك البشري:

> القلق (الخوف) هو الشكل الشرطي للاستجابة للألم، والذي له وظيفة مفيدة للغاية في تحفيز وتعزيز السلوك الذي يميل إلى تجنُّب أو منع تكرار المحفزات المنتجة للألم. [هكذا يؤكد ماورر]

إن تركيز ماورر على القوة التحفيزية للتجربة يتنبأ بنظرية الارتباط الشرطي الاستثابي لعالم النفس بجامعة هارفارد بورهوس سكينر (١٩٠٤–١٩٩٠). ركَّز سكينر على تأثير سلوكنا على العالم من حولنا. إذا كان التأثير إيجابيًّا، نتعلم تكرار السلوك؛ بينما يعلِّمنا التأثير السلبي أن نجرِّب شيئًا مختلفًا في المرة القادمة. لذلك، على سبيل المثال، نظرًا لأننا نعرف مقدار الألم الذي يمكن أن يُلحِقه بنا كلب بيتبول غاضب، والرعب الذي سنشعر به أثناء اندفاعه نحونا، نحرص على ألا نقوم بأي حركات مفاجئة أو تهديدية عندما نمر بجانب أي كلب من هذا النوع.

مثل هذا السلوك منطقي إلى حدٍّ كبير عندما يتعلق الأمر بمخاطرَ حقيقية. لكن نظرية ماورر تساعد أيضًا في تفسير كيف يمكن للقلق غير العقلاني أن يستحوذَ على الشخص. فالشخص الذي يتجنب ركوب الطائرات بسبب القلق الذي تثيره فيه، يحرم نفسه من فرصة اكتشاف أن مخاوفه مُبالغ فيها؛ إذ إن فرص الموت أو الإصابة في حادث تحطُّم طائرة ضئيلةٌ للغاية، ومن ثَم سيتبدد في النهاية الخوف الذي يبدو غامرًا في بدايته. ويؤدي تجنب مثل هذه المواقف إلى أن يُحكِم القلق قبضته علينا أكثر.

عانت المناهج السلوكية المعنية بالقلق لتقديم إجابات مُرضية للعديد من الأسئلة المهمة. على سبيل المثال، لماذا من بين العديد من الأشخاص الذين يمرون بتجربة مخيفة — حادث سيارة، على سبيل المثال — يتطور لدى البعض منهم فقط رُهاب السيارات، مما يعني أنهم يخشون التنقل بالسيارة ثانية؟ لماذا يصاب الكثير من الناس برُهابٍ من مواقفَ لم يسبق لهم أن مروا بها؟ وإذا كان، وفقًا لنظرية الارتباط الشرطي الكلاسيكية، بإمكاننا أن نتعلم الخوف من أي محفز محايد، فلماذا تكون بعض المخاوف أكثرَ شيوعًا

من غيرها؟ لماذا يخاف الكثير من الناس من المرتفعات والحيوانات، ويخاف القليل من الأشجار أو الشوكولاتة؟

اقترحت الأبحاث الحديثة تفسيراتٍ لبعض هذه الألغاز على الأقل. من الواضح، على سبيل المثال، أننا في الواقع لا نحتاج أن نختبر حدثًا بأنفسنا كي نخاف من تكراره. يمكننا أن نتعلم الخوف من سلوكيات الآخرين ومما يخبروننا به. لذلك إذا كان أحد الوالدين يعاني الرُّهاب، فهناك فرصة أعلى من المتوسط أن يصاب به طفله أيضًا. وقد تكون بعض المخاوف مرتبطة بالتطور. ومن ثَم، على الرغم من أننا ربما لم نواجه قطُّ ثعبانًا أو عنكبوتًا خطِرًا، فإن أسلافنا بالتأكيد كانت لديهم خبرة كبيرة في خطرهما المحتمل. يمكن فهم الخوف الشائع جدًّا من المرتفعات بالطريقة نفسها. هذه المخاوف الأثرية، التي ورِثناها من البشر في عصورِ ما قبل التاريخ، وصفها علماء النفس بأنها مخاوفُ «تأهبية».

لا تقدم السلوكية تفسيرًا كاملًا للقلق (لكان أمرًا رائعًا إذا فعلت!). ولكنها أسهمت إسهامات ضخمة. تكون العديد من المخاوف مكتسبة فعلًا، وإن لم يكن بطريقة الارتباط الشرطي الفجة نسبيًّا. وفي الواقع، تشكل القدرة على التعلم من التجربة وإعدادُ الخطط لتجنب الخطر المستقبلي جزءًا من تفسير نجاح البشرية. كما قال ماورر:

> ربما يرجع السبب في العديد من الإنجازات الفريدة التي حقَّقها الإنسان إلى حقيقةِ أن نزعة التفكير المستقبلي والمثيرة لمشاعر القلق في العقل البشري أكثر تطورًا مما هي عليه في الحيوانات الأدنى.

كما أثَرت السلوكية أيضًا بعضَ الاستراتيجيات الأكثر نجاحًا لعلاج مشكلات القلق. فعلى سبيل المثال، طوَّر عالم النفس الجنوب أفريقي جوزيف وولب (١٩١٥–١٩٩٧)، تقنيةَ «إزالة الحساسية السلوكية» لمعالجة المخاوف والرُّهاب. وما زالت هذه التقنية — التي تتضمن تعريض الأفراد تدريجيًّا للموقف الذي يخشونه، مثل الارتفاعات أو الثعابين، حتى يعرفوا أنه لا يوجد في الواقع ما يدعو إلى الخوف — هي العلاج الأساسي لمرض الرُّهاب.

ويمكن رؤية إرث المدرسة السلوكية في أكثرِ أشكال العلاج النفسي انتشارًا في الوقت الحالي، ألا وهو العلاج السلوكي المعرفي، أو ما يشار إليه اختصارًا ب «سي بي تي». تكمُن في جذور العلاج السلوكي المعرفي الفكرة القائلة بأن الأفكار والمشاعر والسلوكيات السلبية

وغير المفيدة ليست فطرية، ولكنها مكتسبة. ولأنها ليست فطرية، فمن الممكن التخلص منها؛ وغالبًا ما يكون التخلص منها سريعًا بدرجةٍ مثيرة للدهشة إذا ما تمَّت الاستعانة بمعالج مختص.

(٣) النظريات المعرفية حول القلق

> الفكرة الأساسية هي أن المرء يمر بالانفعالات نتيجةً للطريقة التي يفسِّر أو يقيِّم بها الأحداث. إن معنى الأحداث بالنسبة إلى الشخص هو ما يثير الانفعالات وليس الأحداث نفسها. ويعتمد تقييم الشخص الخاص للحدث على السياق الذي يقع فيه الحدث، وعلى مزاجه وقتَ حدوثه، وكذا تجاربه السابقة.
>
> بول سالكوفسكيس

هيمنت السلوكية — بتركيزها المقصور على جوانب الحياة البشرية التي يمكن دراستها في المختبر — على علم النفس الأكاديمي في الولايات المتحدة والمملكة المتحدة خلال الجزء الأكبر من القرن العشرين. ولكن بدأت الأمور تتغير في عام ١٩٥٦ مع ظهور ما يسمَّى ﺑ «الثورة المعرفية». تهدف المعرفية إلى تحديد وفهم العمليات الأساسية الكامنة وراء طريقة تفكير البشر؛ أما السلوكية فقد رفضت دراسة الأفكار لأنها ليست من نوعية الأشياء التي يمكن ملاحظتها مباشرة.

لخصَّ أولريك نيسر (١٩٢٨–٢٠١٢) النهجَ الجديد في كتابه الرائد «علم النفس المعرفي» الذي نُشر في عام ١٩٦٧. وكان موضوعه كالآتي:

> جميع العمليات التي يتم من خلالها نقلُ المُدخلات الحسية، واختزالها، وتوضيحها، وتخزينها، واستعادتها، واستخدامها … تشير مصطلحات مثل الإحساس، والإدراك، والتصور الذهني، والاحتفاظ، والاستدعاء، وحل المشكلات، والتفكير، من بين العديد من المصطلحات الأخرى، إلى مراحلَ أو جوانب افتراضية من الإدراك المعرفي.

لتوضيح هذه العمليات، حدَّدها المتخصصون في علم النفس المعرفي باستخدام استعارة مستمَدة من مجال آخرَ كان في أوج ازدهاره في ذلك الوقت، ألا وهو الحوسبة. صُوِّرت المعلومات الحسية على أنها معلومات يتلقاها الدماغ، ثم يعالجها في خطوات عبر

الإجابة عن سلسلة من الأسئلة بنعم أو لا، تمامًا مثل مخططات تدفُّق البيانات التي بُنيَت عليها العديد من برامج الكمبيوتر. صارت هذه النماذج أكثرَ تعقيدًا في الوقت الحالي، فبدلًا من مخطط تدفُّق البيانات الخطي الذي يتعامل فيه جزء محدَّد من الدماغ مع المدخلات واحدًا تلو الآخر، تحدُث عمليات عقلية متعددة جنبًا إلى جنب على نحوٍ متزامن عبر «شبكة عصبية» مركبة ومتعددة الطبقات.

تُعَد المدرسة المعرفية في الوقت الحاضر هي الاتجاه المهيمن في علم النفس المعاصر. إذن فما الذي تحمله هذه المدرسة في جَعبتها لتخبرنا به عن القلق؟

ربما تكون فكرتها الأساسية هي أن القلق، مثل الانفعالات الأخرى، ينشأ من تقييمنا لموقفٍ ما. في البداية، قد لا يكون هذا التقييم أو التفسير عمليةً واعية؛ ففي كثير من الأحيان، يكون «حَدْسًا». تعمل حواسُّنا كنظام إنذار مبكر، حيث تلتقط شيئًا يحتمل أن يكون مهمًّا ثم تنقله إلى الجزء الأكثر عقلانية من أدمغتنا لبحثه وللنظر فيه. وعندما نكتشف تهديدًا لا نكون واثقين من قدرتنا على التعامل معه، نشعر بالقلق. هذه الأفكار المذكورة أخيرًا والواعية حول التهديد تُعَد أفكارًا جوهرية، وهي ما تسعى العلاجات النفسية الحديثة لحالات القلق الحادة إلى تغييره.

لنتخيل، على سبيل المثال، أنك استيقظت في الساعات الأولى من الصباح على صوت ضوضاء في الطابَق السفلي. كيفيةُ تفسيرك لهذه الضوضاء هي التي ستحدِّد استجابتك الانفعالية. إذا قررت أنها قطتك تتجول وتعبث بالأشياء، فقد تشعر بضجر طفيف من الإزعاج ثم تتقلب في الفراش وتعود إلى النوم. ولكن إذا اعتقدت أنه قد يكون صوت لص وليس قطك الأليف، فمن المؤكد أن القلق سيتمكن منك، وستظل مستيقظًا متسائلًا عما إذا كان يجب عليك التحقق من الأمر. لا يحدد الحدث حالتنا الانفعالية، بل ما يحددها هو الطريقة التي نفسر بها هذا الحدث.

يمكن أن يكون التهديد المتصوَّر إما خارجيًّا، مثل صوت الضوضاء ليلًا، أو داخليًّا. على سبيل المثال، غالبًا ما تكون نوبات الهلع ناتجةً عن الاعتقاد الخاطئ بأن الأحاسيس الجسدية الغريبة، لكنها طبيعية — مثل الضيق في الصدر، أو الوخز في الذراع — هي أعراض مرض خطِر، مثل النوبة القلبية. في الواقع، يمكن أن ينتج عن هذا حلقة مفرغة يعتبر فيها الشخص المظاهر الجسدية للقلق (مثل ضيق النفس، وتسارع ضربات القلب، والغثيان) بمثابة تأكيد على أنه على شفا الانهيار أو الموت، مما يؤدي بدوره إلى مزيد من القلق. مرةً أخرى، الشيء الحاسم في هذه الحالة هو تقييم الفرد لهذه الإشارات الداخلية. وهو ما يعني أنه إذا غيَّرت تفكيرك، يمكنك تغيير انفعالك.

لكن لماذا يفسِّر شخصٌ ضيقَ النفس الذي يشعر به بعد صعود الدَّرج بأنه علامة على الموت الوشيك، بينما نادرًا ما يلاحظه شخص آخر؟ لماذا يفترض شخصٌ ما أن صوت الضجيج في الليل لا يدعو إلى القلق، بينما يجد آخرُ نفسه عاجزًا عن الحركة من فرط القلق؟ تكمُن الإجابة في تصوراتنا المسبقة وأفكارنا وعمليات التفكير التي اعتدناها، وهو ما أطلق عليه مؤسِّس العلاج السلوكي المعرفي آرون تي بيك «المعتقدات التخطيطية». تتشكل هذه المعتقدات التخطيطية على مدار تجاربنا الحياتية. وهي معتقدات راسخة وتلقائية حتى إننا عادةً ما نكون غير مدركين لوجودها.

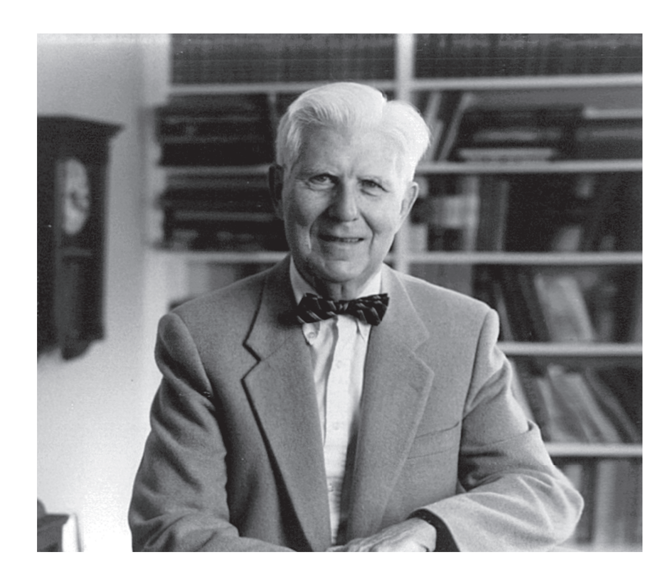
لا يوجد شيء سلبي بطبيعته حول المخططات المعرفية، فهي تسمح لنا بالتكيف بسرعة مع المواقف التي نجد أنفسنا فيها. لكن اكتشف بيك أن الأشخاص الذين يعانون اضطرابات القلق عادةً ما يمتلكون معتقدات تخطيطية سلبية عن أنفسهم، والعالم من حولهم، والمستقبل (وهو ما يُعرف بالـ «ثالوث المعرفي»). فمثلًا:

- «من الحكمة دائمًا افتراض الأسوأ».
- «يمكن أن تحدُث المتاعب في أي لحظة؛ لذا يجب أن أكون جاهزًا دائمًا».
- «أنا شخص ضعيف».
- «لا بد أن أكون مسيطرًا على زمام الأمور».

إذا صدَّقنا مثل هذه المعتقدات، فمن المحتمل أن نبالغ في تقدير التهديد الذي يواجهنا، وأن نستخف بقدرتنا على التعامل معه.

إذا لم تعالج مشكلات القلق، يمكن أن تستمر بصورة شديدة. ولكن لماذا تكون كذلك؟ يمكن للأشخاص المصابين بالقلق أن يقضوا وقتًا طويلًا في القلق بشأن الأحداث التي لم تحدث لهم من الأساس، والتي، في الواقع، من غير المرجح حدوثها. لماذا لا يدركون أن قلقهم في غير محله؟ لماذا لا يتعلمون من التجربة؟

لقد حظي هذا السؤال بقدرٍ كبير من الاهتمام من علماء النفس المعرفي السريري. أحد اكتشافاتهم الرئيسة هو أن الأشخاص الذين يعانون مشكلات القلق يتبنون مجموعةً من الاستراتيجيات — التي تُعرف باسم «سلوكيات السلامة» — مصمَّمة لمنع حدوث كلِّ ما يخشونه. لذلك، على سبيل المثال، فالشخص الذي يخاف من المواقف الاجتماعية سيسعى إلى تجنُّبها؛ وإذا كان هذا مستحيلًا، فسيلجأ إلى أساليبَ أخرى مثل التأكد من حضورها برفقة صديق، وارتداء ملابس غير ملفتة قدرَ الإمكان، والتواري عن الأنظار. قد



شكل ٢-١: يُعرف آرون تي بيك بأنه أبو العلاج السلوكي المعرفي، وهو أكثر أشكال العلاج فعالية لمشكلات القلق. بيك هو أحد الباحثين الرائدين في العالم في مجال الاضطرابات النفسية، وهو أستاذ فخري في الطب النفسي بجامعة بنسلفانيا ومؤسس معهد بيك للعلاج السلوكي المعرفي. وأشادت به الجمعية الأمريكية لعلم النفس باعتباره «واحدًا من بين الخمسة المعالجين النفسيين الأكثر تأثيرًا في العالم».

تقلل سلوكيات السلامة هذه من القلق على المدى القصير، ولكنها تمنعنا من اكتشاف أن أفكارنا المخيفة غير مبررة، ومن ثَم تؤدي في النهاية إلى تعزيز قلقنا.

اعتمد الباحثون على عمل بيك لتحديد «التحيزات المعرفية» الأخرى التي تكمُن وراء اضطرابات القلق وتغذيها. مثل سلوكيات السلامة، فأنماط التفكير والسلوك التي تبدو مصمَّمة لدرء القلق تؤدي في النهاية إلى أن يُحكِم القلق قبضته. على سبيل المثال، الأشخاص الذين يعانون مشكلات القلق يكونون يقظين للغاية للتهديدات المحتملة. ولكن نظرًا لأن اهتمامهم يتركز بشدة على الخطر المحتمل، فإنهم يميلون إلى التغاضي عن الأحداث التي لا تتماشى مع هذه النظرة القاتمة إلى حدٍّ ما للعالم. وهذا بدوره يمكن أن يؤدي إلى المبالغة في تقديرِ احتمالية حدوث الخطر (يسمي علماء النفس هذا بـ «توقُّع التهديد») وإلى إصدار الكثير من الإنذارات الكاذبة، وكلها لا تفيد بشيء سوى تخصيب الأرض التي ينمو عليها القلق.

هناك ميل لتفسير الأحداث الغامضة بشكل سلبي. هذه مشكلة مهمة للغاية نظرًا لأن العديد من المواقف التي نواجهها غامضة بطبيعتها، وهذا لأنه عادةً ما يكون من الصعب جدًّا معرفة كيف يفكر الآخرون وما يشعرون به حقًّا. قدَّمت إحدى التجارب مثالًا معبرًا «لانحياز الانتباه» هذا؛ إذ طُلِب من المشاركين تهجئة سلسلة من الألفاظ المتجانسة في اللغة الإنجليزية (الكلمات المتطابقة صوتيًّا ولكن لها معانٍ وتهجئة مختلفة)، على سبيل المثال: die (يموت) وdye (يصبغ)، slay (ذبح) وsleigh (مزلقة)، وpain (ألم) وpane (لوح زجاجي)، وweak (ضعيف) وweek (أسبوع)، وguilt (ذنب) وgilt (مُذهب). وكلما زاد قلق المشارك، زادت احتمالية اختياره للكلمات ذات التهجئة الأكثر تهديدًا.

وبالمثل، فالأشخاص الذين يعانون اضطرابات القلق يكونون فريسةً للصور الذهنية المقلقة أو حتى المرعبة للغاية، وليس فقط الأفكار. قد يكون لدى الفرد المصاب بالقلق الاجتماعي صورةٌ ذهنية مضلِّلة تمامًا عن نفسه عندما يكون في المواقف الاجتماعية. وبدلًا من التفكير في الأمور بعقلانية، يستخدم المصابون بالقلق التفكير الانفعالي الغريزي. أوضح عالم النفس المعرفي الرائد في مجال القلق ديفيد كلارك، ما يلي:

> يبدو كما لو أن نموذجًا ذهنيًّا للذات الاجتماعية المرئية للمريض قد أُرْسي بعد تجربة اجتماعية صادمة مبكرة، ويُنَشَّط هذا النموذج في اللقاءات الاجتماعية اللاحقة.

وهذا أمرٌ مهم للغاية لأن الأبحاث تشير إلى أن الصور لها تأثير على الانفعالات أقوى بكثير من تأثير الأفكار. وكما هو الحال مع الانحيازات المعرفية الأخرى، فهذه القابلية للتأثر بالصور الذهنية تمكِّن القلق من الاستمرار والاستقواء.

(٤) النظريات البيولوجية العصبية حول القلق

> عندما يتعلق الأمر باكتشاف الخطر والاستجابة له، فالدماغ [في الفقاريات] لم يتغير كثيرًا. إننا سحالٍ انفعالية بشكل أو بآخر.
>
> جوزيف لودو

ماذا يحدث في أدمغتنا عندما نشعر بالقلق؟ لم يكن بإمكان العلماء سوى التخمين، إلى أن تطوَّرت تقنية التصوير العصبي الحديثة نسبيًّا، وهي تقنية تسمح بتسجيل

النشاط الكيميائي الحيوي في الدماغ وتصويره. ولكن أُحرِز تقدُّم ملحوظ في السنوات الأخيرة كما سنرى بعد قليل.

أولًا، كلمة تحذير. لقد قطع علم الأعصاب شوطًا طويلًا في فترة زمنية قصيرة. ولكن حتى لو فهمنا بالضبط كيف تعمل أدمغتنا — ونحن ما زلنا بعيدين جدًّا عن هذه الغاية المنشودة — فإن ذلك لن يجعلنا نمتلك تفسيرًا كاملًا لتجاربنا. على سبيل المثال، على الرغم من أنه يمكن للعلماء الآن أن يكونوا أكثر يقينًا من أي وقت مضى حول أي أجزاء من الدماغ معنية بالقلق، فمن المفهوم أنه لا يمكن اختزال أي انفعال إلى مجرد مجموعة من الأحداث والتركيبات الدماغية. هناك دائمًا مستويات أخرى من التفسير، وفي ذلك الجوانب السلوكية والمعرفية التي ناقشناها بالفعل في هذا الفصل.

وصف عالم بيولوجيا الأعصاب ستيفن روز الطريقةَ التي تعمل بها هذه المستويات بشكل جيد:

> ترتبط لغة العقل والوعي بلغة الأدمغة والوصلات العصبية تمامًا كما ترتبط الإنجليزية بالإيطالية؛ إذ يمكن للمرء أن يترجم من لغة إلى أخرى، ومع ذلك، دائمًا ما تُفقد أشياء على صعيد الجوانب الثقافية. ولكن لا يتعين علينا اعتبار أن لغةً منهما تتفوق على الأخرى.

ينطبق الشيء نفسه على القلق؛ إذ يتعامل العلماء مع المسألة من منظورات مختلفة، ولكن لا يتفوق أيُّ منظور على الآخر وكلها مترابطة. تربِط أفضل النظريات بين المستويات المختلفة، وقد بدأ علم الأعصاب المعرفي في فعلِ ذلك كما سنرى الآن.

قبل ظهور تقنية التصوير العصبي بوقت طويل، كان العلماء يشكُّون في أن «الجهاز الحوفي» للدماغ يلعب دورًا رئيسًا في إنتاج الانفعالات. يشبه الجهاز الحوفي لدى البشر كثيرًا ذلك الذي وُجد في الثدييات الأولى منذ قرابة مائتي مليون سنة. والجهاز الحوفي جزء من الدماغ الأمامي، وهو جزء حديث نسبيًّا من الناحية التطورية، وهو منسَّق على شكل دائرة تقريبية تحيط بجذع الدماغ الأقدم بكثير (الكلمة الإنجليزية limbic، أي الحوفي، مشتقة من اللاتينية لكلمة «الحدود»). وتتمثل مهمة الجهاز الحوفي في إجراء تقييم سريع وما قبل واعٍ للموقف للمساعدة في تحديد الانفعال (ومن ثَم رد الفعل) المناسب.

يوجد أيضًا داخل الدماغ الأمامي مكوِّنان رئيسان آخران لجهازنا الانفعالي. يقع «الفصان الأماميَّان» من القشرة الدماغية خلف العينين مباشرة، ويتوليان العديد من

المهام التي نميل إلى اعتبارها مهامَّ بشرية بامتياز، مثل التخطيط واتخاذ القرار واللغة والتفكير الواعي. إن الفصين الأماميين هما اللذان يفكران مليًّا بوعي وينظمان استجاباتنا الانفعالية.



شكل ٢-٢: جوزيف لودو (مواليد عام ١٩٤٩) هو عالم أعصاب أمريكي ومدير «مركز جامعة نيويورك للأبحاث العصبية». أبرز بحث لودو الرائد الدورَ المحوري الذي تلعبه اللوزة الدماغية في تجربة القلق والانفعالات الأخرى. يعمل لودو مغنيًا وعازفًا للجيتار مع فرقة «ذي أميجدالويدز»، وهي فرقة روك متخصصة في تقديم «أغانٍ عن الحب والحياة الوافرة بالرؤى والأفكار المستمَدة من الأبحاث حول العقل والدماغ والاضطرابات العقلية».

يساعد «الحُصين» الفصَّين الأماميين في هذا؛ إذ يساعد الحُصين على تكوين وتخزين الذكريات السياقية، وهي مرجعيات جوهرية، بينما يحدِّد الفصان الأماميان أفضلَ طريقة للاستجابة لموقف معين.

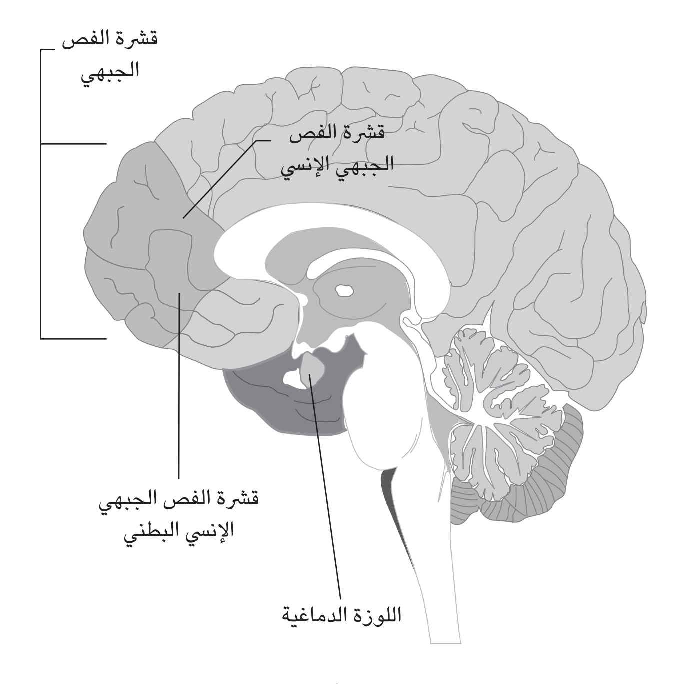
كان جوزيف لودو هو أول مَن حدَّد منطقة بعينها من الجهاز الحوفي على أنها «الكمبيوتر الانفعالي» للدماغ، وهي مهمة بشكل خاص فيما يتعلق بالخوف والقلق.

هذه المنطقة هي «اللوزة الدماغية» (amygdala)، وهي عبارة عن قطعتين صغيرتين من الأنسجة تشبه، في رأي العلماء الأوائل، بذورَ اللوز (amygdala هي كلمة لاتينية تعني «بذور اللوز»). يبدو أن اللوزة الدماغية هي المسئولة عن ردود فعلِ الخوف في جميع الأنواع التي تمتلك واحدة، وفي ذلك الزواحف والطيور وكذا الثدييات. إنها تضم مخزونًا من ذكريات الخوف «اللاواعي»، مما يعني أننا يمكن أن نشعر بالقلق دون معرفة السبب. وهي متصلة بصورة جيدة جدًّا بأجزاءٍ أخرى من الدماغ. يقول لودو:

> تشبه اللوزة الدماغية محور العجلة. وتتلقى مدخلات منخفضة المستوى من مناطقَ حسية محدَّدة من المهاد [منطقة أخرى من الدماغ الأمامي]، ومعلومات ذات مستوًى أعلى من مناطقَ حسية محدَّدة من القشرة [المخية]، وأيضًا معلومات ذات مستوًى أعلى (غير مرتبطة بالإحساس) حول الوضع العام من التكوين الحُصيني. من خلال هذه الروابط، تكون اللوزة الدماغية قادرةً على معالجة الأهمية الانفعالية للمحفزات الفردية وكذلك المواقف المعقَّدة. تشارك اللوزة الدماغية، في الأساس، في تقييم المعنى الانفعالي.

لا تنتهي روابط اللوزة الدماغية عند هذا الحد. يمكن للوزة الدماغية من خلال منطقةٍ ما تحت المهاد أن تؤثر على العمليات الأساسية التي تُكَوِّن الجهاز العصبي اللاإرادي (على سبيل المثال، التنفس، ضغط الدم، ودرجة حرارة الجسم). كما رأينا في الفصل الأول، يمكن أن تؤدي التغييرات التي تطرأ على الجهاز العصبي اللاإرادي عندما نشعر بالقلق إلى مجموعة واسعة من الآثار الجسدية، وفي ذلك ارتفاع معدل ضربات القلب، واتساع حدقة العين، وتغيُّر وتيرة التنفس.

اللوزة الدماغية قادرة على إجراء تقييم سريع جدًّا لموقف يحتمل أن يشكل تهديدًا، بسرعة بالغة تجعلنا، في الواقع، قد لا ندرك سبب شعورنا بالخوف المفاجئ. اقترح لودو أن اللوزة الدماغية تقدم «طريقًا سريعًا» لاستجابات الخوف، مما يوفر ردَّ فعل «سريعًا ومتهورًا» على الأحداث، يهدف إلى إنقاذ حياتنا أولًا، ثم طرح الأسئلة لاحقًا. على النقيض من ذلك، يتضمن «الطريق المعتاد» معالجةَ المعلومات الحسية عن طريق الفص الأمامي (الجزء من الدماغ المسئول عن التفكير في الأشياء) «قبل» أن تصل إلى اللوزة الدماغية. الطريق المعتاد أدقُّ، ولكنه أبطأ. وكما قد نتخيل، كلا الطريقين له مزايا وعيوب.



شكل ٢-٣: المخ، صورة تبيِّن موقع اللوزة الدماغية.

على الرغم من أهمية اللوزة الدماغية كما يتضح لنا، فإننا يجب ألَّا ننسى أن القلق — تمامًا مثل أي انفعال آخر — هو نتيجة لعملية معقَّدة للغاية تشمل مناطقَ متعددة من الدماغ. كما ذكرنا، فإن هذه المناطق تشمل الفصين الأماميين والحُصين، وكذا «فص الجزيرة» — وهو جزء من القشرة الدماغية يساعدنا على إدراك المشاعر الداخلية — والعديد من المواد الكيميائية العصبية. ومن بين أكثر هذه المواد الكيميائية العصبية أهمية ما يلي:

- الهرمون المُفْرِز للكورتيكوتروبين (CRH)، الذي يُفْرَز عندما ترصد اللوزة الدماغية خطرًا، وهو ما يؤدي بدوره إلى إفراز هرمونات التوتر لضمان جاهزيتنا للتصرف في مواجهة الخطر؛
- حمض جاما أمينوبوتيريك (GABA)، الذي يهدئنا عندما نشعر بالقلق.

بالنظر إلى أن القلق ناتج عن نظام بأكمله وليس عنصرًا واحدًا فقط، فماذا يحدث عندما يتعطل هذا النظام؟ تكهَّن لودو وآخرون بأن الأشخاص الذين يعانون اضطرابات القلق قد يكون لديهم:

- فرط في نشاط اللوزة الدماغية و/أو:
- قصور في نشاط الفصين الأماميين، و/أو:
- نقص في قدرة الحُصين على تحديد العناصر الدالة على الخطر بدقة بِناءً على التجارب السابقة، مما يعني أن هؤلاء الأشخاص قد يقلقون دون داعٍ.

كما رأينا، فاللوزة الدماغية هي شكل من أشكال وحدة الاستجابة السريعة التي تطلق ردود فعل الخوف «فقط بدافع الاحتياط»، التي تقيِّمها بعد ذلك المناطق الأكثر تأنيًا في الدماغ. ولكن إذا لم يتمكن الفصان الأماميان، على سبيل المثال، من التعبير عن نفسيهما بسبب الضجيج الذي تتسبب فيه اللوزة الدماغية، فمن المحتمل أن نشعر بقلق غير ضروري بشأن أمورٍ تُعتبر في الأساس إنذارات كاذبة.

يوجد دليل على أن القلق المستمر (من خلال تأثيرات هرمونات التوتر) يمكن أن يغيِّر الطريقة التي يعمل بها الدماغ، على سبيل المثال، بإضعاف الذاكرة قصيرة المدى أو حتى تقليص حجم الحُصين. عادةً ما تكون هذه التأثيرات قابلة للعكس، ولكنها يمكن أن تصبح دائمة على المدى الطويل.

في الفصل التالي، سنلقي نظرة على منظورين إضافيين للقلق. ما حجم الدور الذي تلعبه تجارب الحياة في جعلنا عرضةً للقلق، وما مدى أهمية العوامل الوراثية؟

الفصل الثالث

أهي الطبيعة أم التنشئة؟

«يبدو أحيانًا أنَّ القتل يسري في العائلات، على غرار الموهبة»، كان هذا ما أشار إليه بشيء من السخرية، الكاتب الفيكتوري جورج هنري لويس. ولو أنَّ هذه العبارة قد جاءت في معرض مناقشته للقلق، لسمح لويس لنفسه بدرجةٍ أكبر من اليقين. ذلك أنه يبدو بالفعل أنَّ القلق يسري في العائلات. إذا كان أحد الأشخاص عرضةً للقلق الحاد، على سبيل المثال، فالأرجح أنَّ لديه والدًا — وربما جَدًّا أيضًا — يعاني المشكلةَ نفسها.

ما السبب في هذا؟ أنرِث قلقنا عن طريق الجينات، أم نتعلَّمه من الأشخاص الأقرب إلينا؟ هل مستويات القلق متأصلة فينا من الناحية البيولوجية، أم هي نتاج خبرات الحياة (أي بيئتنا)؟ طرح العلماء كلا هذين التفسيرين على مرِّ السنين. وفي هذا الفصل، سنطلع على الأدلة المؤيدة لكلٍّ منهما، ونحاول الإجابة عن هذا السؤال الأبدي: أهي الطبيعة أم التنشئة؟

(١) المنظور الجيني

صار الجميع الآن يعرفون مصطلح «الجين»، ويدرك أغلبنا أنَّ الجينات تؤدي دورًا في عملية نقل السمات من الوالدين إلى الأبناء. غير أنَّ معارفنا مشوشة على الأرجح فيما يتعلق بتفاصيل هذه العملية. فما هي الجينات بالتحديد؟

تحتوي كل خلية في أجسامنا على٢٣ زوجًا من الكروموسومات، وهي بنًى تتكون من الحمض النووي الريبوزي المنقوص الأكسجين (دي إن إيه)، وغيره من المواد الكيميائية الحيوية. تورِّث الأم أحدَ الكروموسومات في كل زوج، ويورِّث الأب الكروموسوم الآخر. ويحتوي كلٌّ من الكروموسومات الموجودة في كل خلية، على آلاف الجينات، التي هي في

الأصل جزيئات ممتدة من الحمض النووي تضم القواعد البيولوجية التي تحدِّد تطورنا. وباستثناء التوائم المتطابقة، فإنَّ التركيب الجيني لكل فرد مختلف عن الآخر.

كيف يمكننا أن نحدِّد ما إذا كانت الجينات مسئولة عن القلق (أو عن أي شيء آخر في الواقع)؟ تتمثل إحدى البدايات المنطقية في دراسة تاريخ العائلة. بالرغم من ذلك، فصحيح أنَّ هذه الاستراتيجية قد توضح التشابه بين أفراد العائلة، لكنها لا تساعدنا في تحديدِ ما إذا كان هذا التشابه (أو «التكدس الوراثي العائلي») ناتجًا عن الجينات أم عن البيئة. فعادةً ما تشترك العائلات في جزء كبير من كليهما على حد سواء.

بالرغم من هذا، فثمة أنواع محدَّدة من العائلات توفِّر للعلماء وسائلَ مهمة لحل عقدة الجينات مقابل البيئة. تلك العائلات هي التي يوجد بها توائم. ينمو التوءم غير المتطابق من بويضتين منفصلتين (ولهذا يُطلق عليه أيضًا توءمًا «ثنائي اللاقحة») خُصِّبتا بحيوانين منويَّين مختلفين. ومثل جميع الأشقاء، يتشارك التوءم غير المتطابق في ٥٠٪ من الجينات. وعلى العكس من ذلك، ينتج التوءم المتطابق، (أو «الأحادي اللاقحة») من تخصيب حيوان منوي واحد لبويضة واحدة تنقسم بعد ذلك إلى اثنتين. ونتيجةً لهذا، يتشارك التوءم المتطابق التركيب الجيني نفسه تمامًا. فعلى سبيل المثال، إذا كانت احتمالية أن يوجد أحد اضطرابات القلق لدى توءم متطابق أكبر من احتمالية وجوده لدى توءم غير متطابق، فيمكننا أن نكون شبه متأكدين من أنَّ هذا الاختلاف يرجع إلى الجينات.

نقول إنَّنا شبه متأكدين، لكننا لسنا على يقين تام لأنَّ التوائم المتطابقة قد تتشارك خبراتٍ أكثر من تلك التي تتشاركها التوائم غير المتطابقة (رغم أنَّ الافتراض القائل بتساوي العوامل البيئية في حالة نوعي التوائم يبدو صحيحًا أيضًا). وهنا يأتي دور دراسات التبني. تخيَّل على سبيل المثال أنَّ توءمًا متطابقًا قد انفصل عند الميلاد، وتبنت كلًّا منهما أسرةٌ مختلفة. (ليست تلك بالواقعة التي تحدث يوميًّا بالطبع، لكنها تحدث، وقد درسها اختصاصيو علم الجينات السلوكي.)

ينشأ كل فرد من التوءمين مع إخوة له بالتبني. وبالرغم من تشارك التوءم وإخوته البيئة الأسرية نفسها على مدى الطفولة، يتضح عند فحصهم وهم بالغون أنَّ مستويات القلق لديهم مختلفة للغاية. يتضح أيضًا وجود ارتباط بارز بين مستويات القلق لدى أحد فردي التوءم والفرد الآخر، مع أنهما لم يلتقيا قط، ويوجد هذا الارتباط البارز أيضًا بين التوءمين ووالديهما البيولوجيين. (أما مستويات القلق لدى التوءمين ووالديهما بالتبني، فلا يوجد ارتباط بينهما.) تقدِّم دراسات التبني من هذا النوع دليلًا مقنعًا على تأثير الجينات لكن إجراءها صعب للغاية، لا سيما وأنَّ وجود التوائم المتطابقة نادر نسبيًّا.

في حالة القلق، تشير الأبحاث إلى أنَّ الجينات تؤدي دورًا بلا شك. جميعنا يشعر بالقلق من وقت لآخر، بل إنَّنا لن نكون بشرًا إن لم نفعل. غير أنَّ وتيرة شعورنا بالقلق ودرجة شدته ومدى استمرار هذا الشعور لدينا، كل ذلك جزء من شخصيتنا. يطلق علماء النفس على هذه العوامل اسم النزعة لـ «عصاب» القلق، وجميعنا يعاني درجةً منه زادت أو نقصت. وتُقدَّر قابلية انتقال العصاب بالوراثة بنسبة ٤٠٪ تقريبًا. تُعَد قابلية انتقال اضطرابات القلق بالوراثة متوسطة؛ أي إنها تنتقل بنسبة تتراوح بين ٢٠٪ و٤٠٪. أوضحت الأبحاث أيضًا أن أنماط التفكير المألوفة لدى الأشخاص الذين يعانون مشكلاتِ القلق، مثل النزعة لتأويل الأحداث المبهمة على أنها ضارة، أو الحساسية الشديدة تجاه التغيرات الفيسيولوجية التي يحفِّزها القلق، تتسم هي أيضًا بدرجة متوسطة من قابلية الانتقال بالوراثة.

من المهم أن نوضح المقصود بمصطلح «قابلية الانتقال بالوراثة». فليس المقصود بهذا المصطلح أنَّ ٤٠٪ من مستوى العصاب لدى شخصٍ ما هو نتاج جيناته بالضرورة. إنما يشير ذلك إلى نحو ٤٠٪ من «الاختلاف» في مستويات العصاب «على مستوى السكان» تُعزى على الأرجح إلى أصول جينية. وبناءً على هذا، لا تخبرنا قابلية الانتقال بالوراثة أيَّ شيء عن الحالات الفردية، بل تنطبق فقط على العيِّنات الإحصائية الواسعة النطاق. وتعود بقيةُ الاختلافات بين الأفراد إلى العوامل البيئية.

من الجلي أنَّ جيناتنا تؤدي دورًا في تحديد مستوى القلق الذي نشعر به. فما هي الجينات المسئولة عن ذلك؟ الإجابة القصيرة أنَّ العلماء لا يعرفون حتى الآن. ثمة العديد من الجينات المحتملة مع ذلك؛ فقد ارتبطت تنويعات من الجين GAD1 على سبيل المثال، بالاضطرابات الانفعالية العامة، ومنها مشكلات القلق. يُعد هذا الارتباط مثيرًا للاهتمام؛ لأنَّ الجين GAD1 يشترك في إنتاج حمض جاما أمينوبوتيريك (جابا) ونقله، وقد رأينا في الفصل الثاني أنَّ هذا الحمض يساعد في تهدئتنا حين نكون قلقين. وإذا كان ثمة خلل في الجين GAD1، فسينطبق ذلك أيضًا على حمض جاما أمينوبوتيريك، مما يؤدي إلى مستويات مرتفعة للغاية من القلق.

إنَّ أفضل الدراسات الجينية عن القلق تحاول الوصول إلى جين، على غرار GAD1، يمكن أن يؤدي إلى إفراط في الحساسية الفيسيولوجية تجاه الخطر المحتمل. ولكن، بالرغم من ذلك، لم يحدِّد العلماء حتى الآن أي جين واحد مسئول عن «القلق». فلكي تكون الدراسات الجينية مجدية لا بد أن تتضمن فحصَ عدد كبير من الأشخاص، ومجهوداتٍ

بحثية ضخمة، وأموالًا طائلة أيضًا. لا عجب إذن أنَّ مثل هذه الدراسات قليلة للغاية وتتم على فترات متباعدة. علاوةً على ذلك، تشتهر نتائجُ مثل هذه الدراسات بصعوبة قابليتها للتكرار؛ فكثيرًا ما يحدد فريقٌ بحثي جينًا محتملًا مسئولًا عن القلق، لكن الدراسات التالية لا تجد أي رابط بينه وبين القلق.

يبدو من غير المرجَّح أيضًا أن تكون تجربة كالقلق، على تعقيدها وتنوعها، نتيجة جين واحد أو حتى جينات قليلة متفرقة. فنظرية «الجينات المتعددة» أرجح كثيرًا في هذه الحالة؛ أي إنه توجد العديد من الجينات المختلفة التي يشترك كلٌّ منها بدور صغير نسبيًّا في توليد القلق واستمراره. وما تشير إليه الأدلة حتى الآن هو أنَّ هذه الجينات مسئولة عن نزعة عامة لارتفاع مستويات القلق، أو حتى الاستثارة الانفعالية بشكل عام، لكنها لا تدل على أي اضطراب محدَّد من اضطرابات القلق.

لا شك أنَّ تحديد عدد من الجينات التي تشترك في تفاعل معقَّد مهمة صعبة. غير أنه حتى إذا نجح العلماء في النهاية في هذا المسعى، فربما لا تكون هذه الجينات وحدها هي ما يسبب القلق. فعلى مدى القرن الأخير تقريبًا، بدأ الباحثون يدركون وجودَ تفاعل معقَّد بين الجينات والبيئة. ولهذا، فبالرغم من أنَّ الشخص قد يكون عرضةً من الناحية الجينية للإصابة باضطراب القلق، فإنَّ هذا لا يعني بأي شكل من الأشكال أنه سيعاني يقينًا هذا الاضطراب. وإنما سيحدث هذا إن أُثيرَت هذه القابلية الجينية للإصابة بفعل خبرات حياتية معينة. وبالمثل أيضًا، فربما يمر شخص آخر بتلك الأحداث الحياتية نفسها، لكنه لا يُصاب باضطرابات القلق لافتقاره إلى القابلية الجينية. فمثلما يوضح أفشالوم كاسبي وتيري موفيت:

> يفترض نهج التفاعل بين الجينات والبيئة أنَّ المسبِّبات البيئية للأمراض تسبِّب الاضطراب، وأنَّ الجينات تؤثر في مدى قابلية التأثر بمسببات الأمراض.

لنلقِ الآن نظرة على «المسبِّبات البيئية للأمراض» التي تسهم في الإصابة بمشكلات القلق.

(٢) المنظور البيئي

على الرغم من أهمية الجينات فيما يخص تجربة القلق، تقدِّم البيئة مساهمةً أكثرَ أهمية. كما رأينا، تشير الأبحاث إلى أن العوامل الجينية تحدِّد ما يصل إلى ٤٠٪ من احتمالية

وراثة القلق، مما يعني أن البيئة تمثِّل ٦٠٪ أو أكثر. إذن ما هي عوامل الخطر البيئية للإصابة باضطرابات القلق؟

نحن لا نعرف سوى القليل نسبيًّا عن كيفية مساهمة الخبرات لدى الشخص البالغ في مشكلات القلق (على الرغم من أن هذا النوع من الأبحاث قد أُجريَ في حالتَي الاكتئاب والتوتر). كان التركيز بدلًا من ذلك على تجارب الطفولة، وعلى أربعٍ منها على وجه الخصوص:

- الصدمات والأحداث المزعجة الأخرى؛
- أسلوب تربية الأبوين؛
- نمط التعلق؛
- التعلُّم من الآخرين.

ولكن قبل أن نفحص هذه العوامل الأربعة بمزيد من التفصيل، يجب أن نشير إلى أنه ولا عامل منها قد تأكَّد أنه يسبب اضطرابات القلق. على سبيل المثال، يعاني العديد من الأشخاص طفولةً صادمة نفسيًّا دون أن يصابوا بمشكلات القلق، كما أن العديد ممن يعانون اضطراب القلق كانوا قد تمتعوا بتنشئة سعيدة نسبيًّا. كما رأينا فيما يتعلق بالجينات، فعملية السببية أكثرُ تعقيدًا من مجرد كذا يساوي كذا. في الواقع، عادةً ما يكون القلق نتيجةً لتفاعل مركَّب بين التركيب الجيني وخبرات الحياة.

(٣) الصدمات والأحداث المزعجة الأخرى

أظهر عدد كبير من الأبحاث أن الأطفال الذين يتعرضون لتجاربَ صادمة أو غير سارة، مثل التنمُّر أو المضايقة أو الخلافات بين الوالدين أو الاعتداء الجنسي أو الجسدي أو وفاة أحد الوالدين، معرَّضون بشكل أكبر للإصابة باضطرابات القلق.

على سبيل المثال، قام موراي شتاين وزملاؤه باستطلاع شمل ٢٥٠ شخصًا بالغًا من كندا، نصفهم شُخِّصوا باضطراب القلق والنصف الآخر (المجموعة المرجعية) اختيروا عشوائيًّا من سكان وينيبيج. ووجدوا أن ١٥,٥٪ من الرجال و٣٣,٣٪ من النساء الذين يعانون اضطرابَ القلق قد عانوا الاعتداءَ الجسدي عندما كانوا أطفالًا، مقارنةً بـ ٨,١٪ من المجموعة المرجعية. وبالمثل، كان الاعتداء الجنسي في مرحلة الطفولة أكثرَ شيوعًا بين النساء المصابات باضطرابات القلق (٤٥,١٪) من النساء في المجموعة المرجعية (١٥,٤٪).

قد يبدو التساؤل عن سبب تسبب هذه الأنواع من التجارب في مشكلات القلق أمرًا غير ضروري. فليس من المستغرب أن يصبح الأطفال الذين تعرَّضوا للضرب أو الاعتداء الجنسي خائفين بشكل غير عادي. وعلى الرغم من ذلك، كما هو الحال مع جميع العوامل الجينية والبيئية التي تسهم في القلق، فلا يوجد شيء حتمي في هذه العملية. إذ يعاني العديد من الأطفال صدمةً مروعة دون أن يصابوا باضطرابات القلق.

بالنسبة إلى الحالات التي ينتج لديها اضطرابات القلق، حاول علماء النفس تحديدَ الأنماط الأساسية للفكر والسلوك. لقد قيل، على سبيل المثال، أن الأطفال المحرومين من الرعاية التي يحتاجون إليها يمكن أن يشكلوا آراءً كئيبة عن أنفسهم والآخرين. يمكن أن يبدو العالم بالنسبة لهم مكانًا خطِرًا، وقد يفتقرون إلى الثقة في قدرتهم على التأقلم. من منظور مختلف، أشار علماء البيولوجيا العصبية إلى أن الحيوانات المعرَّضة لضغط طويل الأمد تَحدث في أدمغتها تغيراتٌ دائمة، مما يجعلها عرضةً بشكل خاص للقلق. فهل من الممكن أن تؤدي هذه التجارب المبكرة في الحياة إلى تغيير مماثل في الأطفال؟

(٤) أسلوب تربية الأبوين

مشكلات القلق ليست مجرد إرثٍ يتركه لنا الآباء المسيئون أو المهملون. فبالمثل الآباء الذين يحاولون التحكمَ في سلوك أطفالهم بشكل صارم للغاية — بدافع الرغبة في حمايتهم على الأغلب — يمكنهم عن غير قصد إرسال إشارة إلى أطفالهم أن العالم مكان خطِر. كما أنهم يحرمون الطفل من فرصة اكتشاف أنه، بوجه عام، يمكنه التعامل مع المشكلات التي يواجهها. (وهو ما يذكرنا باستراتيجيات «التجنُّب» التي نوقشت في الفصل السابق.)

عندما يطلب علماء النفس من البالغين القلقين وغير القلقين أن يتذكروا طفولتهم، فمن المرجح أن يصف الأفراد القلقون والديهم بأنهم مفرِطون في الحماية أو مسيطرون. وذكرياتهم لا يمكن الاعتماد عليها دائمًا، بالتأكيد. ومع ذلك، هناك بعض الأبحاث القائمة على الملاحظة التي أجريت على الأطفال وتدعم هذه النتائج. طلبت إحدى الدراسات، على سبيل المثال، من الأطفال المشخَّصين سريريًّا باضطراب القلق وغير المشخَّصين باضطراب القلق حلَّ عدد من الألغاز الصعبة. وأُعْلِم الوالدان بالحلول ولكن نُصِحا بالتدخل فقط «إذا كان الطفل بحاجة حقيقية إلى المساعدة». سرعان ما اتضح أن آباء الأطفال القلقين كانوا أكثر ميلًا للتدخل من الآباء الآخرين. وبما أن هذا الميل للسيطرة على سلوك الأطفال

قد ظهر في مثل هذا السياق الذي لا يشكل تهديدًا نسبيًّا، فإلى أي مدًى يُحتمل أن يزيد في المواقف التي يكون فيها الخطر المحتمل أكبر؟

ولكن على الرغم من أن هذه الدراسات وغيرها تشير إلى وجود علاقة بين أسلوب التربية القائم على السيطرة أو المبالغة في الحماية وبين قلق الأطفال، فإنها لا تُلقي الكثير من الضوء على مسألة العلاقة السببية. فبدلًا من إثارة القلق لدى الأطفال، قد يكون هذا النوع من التربية ما هو إلا رد فعل لقلق الأطفال المفرط. مثل هذا النوع من البحث الذي يمكن أن يجيب عن هذا السؤال — تقييم الآباء والأطفال على مدى عدد من السنوات وليس في وقت بعينه — نادر جدًّا. ولكن الأبحاث الموجودة تشير إلى وجود تفاعل بين طباع الطفل وأسلوب البالغين في التربية.

على سبيل المثال، وجدت إحدى الدراسات أنه من الممكن التنبؤ بمستوى الخوف لدى الطفل الصغير من خلال الرجوع إلى مدى تكرار احتضان والدته له وقت أن كان رضيعًا عندما لم يكن بحاجة إلى المساعدة. لكن هذا كان صحيحًا فقط بالنسبة إلى الأطفال الذين كانوا يعانون وهم رُضَّع توترًا شديدًا عندما يواجهون أشخاصًا أو مواقفَ جديدة. ومن ثَم، قد تكون الحماية المفرطة التي يفرضها الوالدان على الطفل ردَّ فعلٍ على التوتر الفطري للطفل، ولكنها تؤدي إلى تفاقم هذا التوتر، الأمر الذي بدوره يؤدي إلى سلوكٍ أكثر حذرًا وتحكمًا من جانب الشخص البالغ.

(٥) نمط التعلق

توفِّر الأبحاث التي أُجريت على نمط التعلق منظورًا بديلًا حول العلاقات بين الوالدين والطفل وتأثيرها على القلق.

لا يميل الرُّضَّع إلى القلق بشأن هوية الشخص الذي يقدِّم الرعاية والاهتمام الذي يحتاجون إليه. كما قد تكون لاحظت، عادةً ما يكون الرُّضَّع سعداء جدًّا عندما يتناوب على حملهم أشخاص بالغون وإن لم يروهم من قبل.

ولكن كل ذلك يتغيَّر بين سن سبعة وتسعة أشهر. تدريجيًّا، يطوِّر الطفل ارتباطًا — وهو الذي يُعَرِّفه جيروم كاجان على أنه «علاقة عاطفية بين شخصين تتسم بالتعلق الشديد، وتظل باقية مع مرور الوقت، ويكون فيها الانفصال المطول عن الشريك مصحوبًا بالتوتر والحزن» — بشخص واحد بعينه. عامة، يكون هذا الشخص هو الأم لأنها عادةً ما تكون مقدِّمة الرعاية الرئيسية، ومع ذلك قد يكون أي شخص آخر يشغل هذا الدور.

يبكي الطفل عندما تغادر الأم (وهذا ما يُعرف ﺑ «قلق الانفصال») ويتشبث بها في وجود أشخاص غير مألوفين في محيطه (وهو ما يُعرف باسم «القلق من الغرباء»).

جادل الطبيب النفسي للأطفال ذو التأثير الهائل جون بولبي (١٩٠٧–١٩٩٠) بأن هذه الرغبة في التعلق فطرية؛ فنحن مبرمَجون جينيًّا لتشكيل هذه الروابط لأنها تمثل أفضل فرصة لنا للبقاء على قيد الحياة. على مدى الأشهر اللاحقة، قد يطوِّر الرضيع تعلقًا بالعديد من الشخصيات الأخرى في حياته أو حياتها، ولكن العلاقة مع مقدِّم الرعاية الأساسي — سواء كان الأم أو الأب أو أي شخص آخر — تميل إلى أن تظل الأكثر أهمية. اعتقد بولبي أنه لا يوجد شيء أهم لضمان الصحة النفسية للشخص في المستقبل مثل هذه العلاقات المبكرة.

يمكننا فهمُ مسألة نمط تعلق الطفل فهمًا موثوقًا فيه باستخدام تقنية «الموقف الغريب» التي ابتكرتها ماري أينسوورث (١٩١٣–١٩٩٩) في ستينيات القرن الماضي.

تبدأ تقنية «الموقف الغريب» بترحيب الباحثة بالطفلة — عادةً ما يكون عمر الطفل أو الطفلة حوالي اثني عشر شهرًا — ووالدتها واستقبالهما في الغرفة التي ستتم فيها التجربة. تغادر الباحثة وتستكشف الطفلةُ الألعاب الممتعة الموزَّعة في جميع أنحاء الغرفة بحرية. بعد بضع دقائق، يدخل شخص غريب إلى الغرفة. يكون الغريب صامتًا في البداية، ولكن بعد دقيقة أو نحو ذلك يشرع في الدردشة مع الأم، ثم يحيي الطفلة. تغادر الأم، ثم تعود بعد ثلاث دقائق ويخرج الغريب. تترك الأم الطفلة بمفردها بضع دقائق قبل ظهور الغريب مرةً أخرى. ثم تعود الأم، ويغادر الغريب، وتنتهي التجربة.

الفيصل هو ردُّ فعل الطفلة على غياب الأم وعودتها. يسعَد الأطفال «المتعلقون بشكل آمن» باستكشاف الغرفة أثناء وجود والدتهم، ولكنهم يشعرون بتوتر متوسط عندما تغادر ويفرحون عند عودتها. أما الأطفال الذين يعانون نمطَ التعلق «القلق/المقاوم» فإنهم يلتصقون بشكل وثيق بأمهاتهم بغض النظر عن مدى جاذبية الألعاب المنتشرة في جميع أنحاء الغرفة، ويضطربون عندما تغادر. على الرغم من أن الطفل القلِق/المقاوم سيركض إلى أمه عند عودتها، فإنه سيدفع الأم بعيدًا عنه بعد ذلك، أو حتى يضربها. من ناحية أخرى، يميل الطفل «القلِق/المتجنب» إلى تجاهل والدته عندما تكون موجودة، ولا يقلق كثيرًا عندما تغادر. وعندما تعود الأم مرةً أخرى، ستحصل على نفس المعاملة السابقة غير المكترثة.

في دراسة بارزة، أجرى علماء النفس مقابلات مع ١٧٢ شخصًا في السابعة عشرة من العمر، خضعوا جميعًا لتقييم «الموقف الغريب» في عمر اثني عشر شهرًا. اكتشفوا أن

الأطفال الذين أظهروا نمط تعلُّق قلِقًا/مقاومًا كانوا أكثرَ عرضة للإصابة بمشكلات القلق لاحقًا.

ولكن ما السبب؟ غالبًا ما يعكس السلوك القلق/المقاوم محاولات الطفل للتعامل مع أسلوب التربية غير المتسق وغير المتوقَّع، حيث يعتمد نوع الاستقبال الذي يتلقاه من الأب أو الأم بشكل كامل على حالتهما المزاجية الحالية. الأرجح أن هذا النوع من التربية يغرس إحساسًا بعدم الأمان لدى الطفل، مما يجعله يخشى ألا يأتيَ أحد لمساعدته إذا واجه مشكلة. نتيجة لذلك، يكون الطفل دائمًا في حالة تأهُّب للخطر. وربما أيضًا يكون هناك شعور بأن سلوك الوالدين هو انعكاس لانعدام قيمة الطفل، وبالتبعية ضمنًا، عدم قدرة الطفل على التعامل مع التحديات والمخاطر.

قد تكون لاحظت، بالصدفة، أن الأطفال القلقين/المتجنِّبين في هذا البحث لم يكونوا معرَّضين بشكل خاص لخطر الإصابة باضطرابات القلق اللاحقة. عادةً ما ينتج هذا النوع من التعلق عن تجاهل الآباء لأطفالهم بشكل متكرر. ربما يتعلم هؤلاء الأطفال التعامل مع القلق الذي يمكن أن يثيره هذا النوع من التربية من خلال تطوير استقلال وقائي. وعلى عكس الأطفال القلقين/المقاومين الذين يمكنهم أحيانًا الحصول على الدفء والدعم من والديهم، يدرك الأطفال القلقون/المتجنبون أنه ليس لديهم خيار سوى الاعتناء بأنفسهم.

(٦) التعلُّم من الآخرين

كما رأينا في الفصل الثاني، فإن كثيرًا من مخاوفنا مكتسَبة. ونحن نكتسبها ليس فقط من الأحداث التي تحدث لنا بشكل مباشر، بل من الناس من حولنا — إما من خلال ما يخبروننا به صراحةً أو من الطريقة التي يتصرفون بها. بالنسبة إلى معظم الناس، لا يوجد شخص أكثر تأثيرًا عليهم من الوالدين (على الرغم من أنه يمكنهم بالتأكيد التعلم من بالغين آخرين مهمين ومن أقرانهم).

بُرْهِنت قدرة الطفل الفطرية على التعلم من والديه في تجربةٍ قام بها عالما النفس فريديريكه جيرول ورونالد رابي. عرضا على ثلاثين طفلًا صغيرًا ثعبانًا مطاطيًّا أخضر، ثم عنكبوتًا مطاطيًّا أرجوانيًّا، ودرسا ردود أفعالهم. أثناء عرض الألعاب، طُلب من أمهات الأطفال الاستجابة بطريقة فرحة ومشجِّعة أو بالخوف أو بالاشمئزاز.

في وقت لاحق، عُرِضَ الثعبان والعنكبوت على الأطفال الصغار عدة مرات، ولكن في هذه المرات كانت استجابات أمهاتهم محايدة تمامًا. لاحظ كلٌّ من جيرول ورابي أنه يمكن التنبؤ بكيفية تفاعل الطفل مع اللعبة عند رؤيتهم لها مرة أخرى، وهذا لأنهم يقلِّدون الاستجابة الأولية لأمهم. إذا تظاهرت الأم بالخوف، يشعر الطفل بالخوف.

من ناحية أخرى، إذا بدت الأم هادئةً وفرحة، يكون للطفل ردة الفعل نفسها. قد يكون هذا استنتاجًا مفيدًا للآباء القلقين ليأخذوه بعين الاعتبار. على الرغم من أن أطفالنا قد يقلدون سلوكنا السلبي، فإنهم أيضًا يمكنهم تعلُّم المزيد من الرسائل الإيجابية. يمكننا مساعدتهم في التغلب على مخاوفهم من خلال الحفاظ على سلوكٍ متفائل وهادئ تجاه مشكلات الحياة بشكل عام، والمواقف التي يجدونها مخيفة بشكل خاص.

الفصل الرابع

مايكل بالين وجراهام تيلور: القلق اليومي وكيفية التعامل معه

في الفصول الثلاثة الأولى من هذا الكتاب، قدَّمنا تعريفًا للقلق اليومي وعرضْنا النظريات الأساسية التي طُوِّرَت لفهمه. وفي الفصول من الخامس إلى الحادي عشر، سنلقي نظرة تفصيلية على اضطرابات القلق الرئيسية والطرق المستخدَمة لعلاجها. ولكن قبل أن نكُفَّ عن مناقشتنا للقلق اليومي، سنقدم قصتين واقعيتين، وأجريت المقابلات خصوصًا لهذا الكتاب. وهذه هي الأشياء التي لن تجدها في الكتب الدراسية!

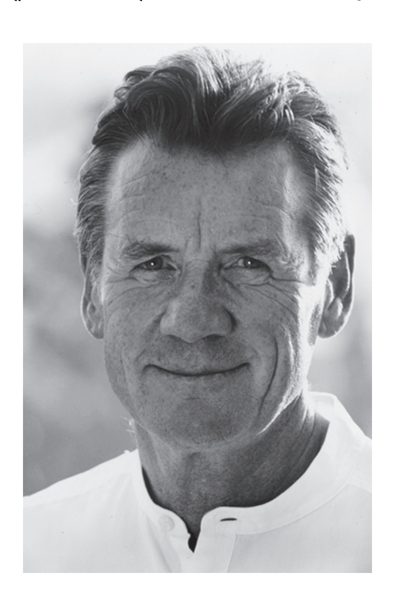
لجعل هذه المناقشة تنبض بالحياة حقًّا، أردنا أن نسمع من شخصيات بارزة اضطُرت إلى التعامل مع القلق كل يوم تقريبًا في حياتهم العملية. اخترنا شخصين مهمين للغاية لنا منذ الطفولة. لطالما كنا معجبَين بأعمال مايكل بالين، بداية من مسلسلي «مونتي بايثون» و«ريبينج يارنز» حتى يومنا هذا. كنا مفتونين بمعرفة كيف تعامل مع التوتر الذي تخيَّلنا أنه لا مفر منه في حالة الممثلين ومقدمي العروض. أما جراهام تيلور فقد كان يدير فريق كرة القدم الذي نشجِّعه، «واتفورد إف سي»، بنجاح غير مسبوق وبشخصية كاريزمية ليست بقليلة. ظننا أن اختياره سيكون مثاليًّا لشرح كيف يتعامل المرء مع القلق بين مجموعة من الناس.

وبدماثة خلق جديرَين بهما، خصَّص كلٌّ من مايكل وجراهام جزءًا من وقتهما الثمين لتسجيل المقابلات معنا. قد يبدو من المجازفة مقابلةُ أشخاص لطالما اعتبرناهم مثلًا أعلى: فقد تتبدد أوهام الإعجاب والشغف. ولكن لقاءاتنا مع مايكل بالين وجراهام تيلور كانت ممتعة ومفيدة بقدرِ ما كنا نتمنى.

(١) القلق للمشتغلين بفنون الأداء

مايكل بالين ممثل وكاتب ومخرج ومقدِّم برامج تليفزيونية. وُلد في عام ١٩٤٣، واشتهر في جميع أنحاء العالم عضوًا في مجموعة «مونتي بايثون» في أواخر الستينيات. إلى جانب عمله مع بايثون، ظهر بالين في العديد من الأفلام الروائية الطويلة والمسلسلات التليفزيونية الكوميدية، التي كتب وأخرج العديد منها. وقد قدَّم أيضًا العديد من الأفلام الوثائقية عن السفر نالت إعجابًا كبيرًا، وفي السنوات الأخيرة نشر مذكراته في كتابين من أكثر الكتب مبيعًا.

كما سنرى من المقابلة التالية، بالين ليس نزَّاعًا للقلق المفرط في حياته المهنية. وعلى الرغم من ذلك، فهو لا يخلو منه تمامًا. كما أخبرنا، فجزئيًّا، يبدو أن القلق مرتبط بمنطقة الأداء؛ فهو نادرًا ما التقى بممثل لم يعانِ القلقَ مطلقًا. ومع ذلك، يمكن أن يشعر بالقلق أيضًا من فكرة كيف يراه الآخرون، لا سيما عندما لا يتفق مع الطريقة التي يعتقد أنهم ينظرون إليه بها («ككنز وطني») أو يشعر أنها قد تكون انتقادية (نتيجة حدوث خطأ، مثلًا، أثناء حديثه إلى الجمهور من خلال النظر مباشرة للكاميرا).



شكل ٤-١: مايكل بالين

هنا، يختبر بالين ما يسميه علماء النفس «التركيز على الذات»، وهو ما يمكن أن يلعب دورًا كبيرًا في القلق. عندما نوجِّه انتباهنا إلى الداخل، يمكن أن تتضاعف أي مخاوف قد تكون لدينا بشأن أدائنا. قد تتراءى لنا صورٌ مزعجة تتعلق بكيفية رؤيتنا في أعين الآخرين. ونظرًا لأننا منشغلون بمعرفة كيف نبدو للآخرين، وبمشاعر القلق المخيفة، وبأفكارنا السلبية، فإننا لا نلاحظ كيف تسير الأمور حقًّا. فلو أننا نظرنا خارج أنفسنا، لَكُنَّا سنكتشف بالتأكيد أن قلقنا غير مبرَّر. ويمكن أن تنشأ حلقة مفرغة، يتسبب فيها تركيزنا على ذواتنا بالفعل في المشكلات التي نخشاها (عدم القدرة على الكلام أمام الكاميرا، على سبيل المثال)، وهو ما يؤدي بدوره إلى زيادة قلقنا. والحقيقة أن من التقنيات التي يستخدمها علماء النفس لاستثارة التركيز على الذات لدى الناس توجيه الكاميرا نحوهم. يبدأ كل شخص في هذه الحالة تقريبًا في التساؤل عن كيفية رؤية الآخرين له. وأفضل طريقة لمقاومة التركيز على الذات، كما اكتشف بالين، هي التركيز على المهمة التي بين يديك.

إن استراتيجيات بالين للتعامل مع القلق ذكية من الناحية النفسية. فبدلًا من القلق بشأن قلقه، فهو يعرف أن ما يمر به أمرٌ طبيعي، بل ضروري (يطلِق المعالجون على هذا «التطبيع»). ويعزِّز تقديره لذاته، على سبيل المثال، من خلال تذكير نفسه بأنه يستطيع فعلًا فِعل كلِّ ما يَقلق بشأنه. ومن ثَم، فالأفكار والصور الإيجابية التي تُثار في ذهنه (ذكريات الأداء الناجح، على سبيل المثال) نتيجة لذلك تتغلب على أي تفكير سلبي وتثبِّطه. يمارس بالين رياضتي المشي والجري (التمرينات البدنية وسيلةٌ مُثبتة للحد من القلق). وقد اكتشف أن الكحول يخفِّف من القلق فقط على المدى القصير، ولكنه غير مفيد على المدى الطويل، وهذا صحيح تمامًا.

علاوة على ذلك، يتسم بالين بالإيجابية وحب المعرفة وقوة الإرادة: «أعتقد أن كل شيء نفعله له أهميته. وأرى أن هذا يسبِّب القلق، ولكنه يساعدك بالطريقة نفسها على التعامل معه؛ لأنه يجعلك تدرك أنك قلِق لأنك تفعل شيئًا مهمًّا بشكلٍ أو بآخر.» يساعد هذا النهج بالين على الاضطلاع بالمهام التي كان ليميل إلى تجنُّبها لولاه — «مثل عبور الجسور زحفًا على يديك وركبتيك» — ومن ثَم يمنع قلقه من الاستحواذ عليه (لمزيد من المعلومات عن المشكلات الناجمة عن تجنُّب ما نخافه، انظر الفصل الثاني). كما أنه يمكِّنه من الهروب من التركيز على الذات، والتركيز بدلًا من ذلك على ما يعرف أنه مهم حقًّا، ألا وهي المهمة الحالية المطلوب إنجازها.

يقول بالين:

لم يبدُ أن التوتر بشأن الأداء كان أمرًا يقلقني عندما كنتُ في مقتبَل العمر. كانت المرة الأولى التي أديت فيها حقًّا أمام جمهور لمدة طويلة في السنة التي تفصل بين دراستي الجامعية وبين عملي، وكنت في شيفيلد — لم يكن الناس ينتقلون إلى أماكنَ بعيدة في هذه السنة؛ وأنا لم أبتعد سوى أربعة أميال فقط — وانضممت إلى إحدى فرق الهواة المسرحية في شيفيلد، وتمكَّنت من التعامل مع ذلك. كانت مسرحيات طويلة جدًّا، وكانت هناك الكثير من الكلمات التي لا بد من حفظها. لا أتذكر أنني كنت متوترًا بشكل مُبالغ فيه. لا أتذكر أني توترت بشدة عندما قدَّمنا مسرحية «أدنبرة» الساخرة في عام ١٩٦٤، التي قرَّرت فيها احتراف التمثيل. فكَّرت في نفسي قائلًا: «أنا أستمتع بهذا حقًّا؛ إنه شيء يمكنني القيام به». حتى عندما كنا نقدِّم «بايثون»، لم يبدُ أن القلق بشأن أدائي يشكل أيَّ أهمية على الإطلاق. حدث ذلك بعد فترة وجيزة من نجاح بايثون. فقد أصبحت واعيًا بذاتي أكثرَ فيما يخص هذه العملية.

أعتقد أنك تكون نفسك لفترة طويلة، أو مَن تعتقد أنك تكون. وبعد ذلك تصبح الشخص الذي يراه الآخرون فيك، أو على الأحرى صورتهم عنك. ومن ثَم، أحيانًا أُستَضاف في برنامج لأنني من النجوم، فأفكر في نفسي: «أنا لست نجمًا، أنا فقط أنا».

من حين لآخر يمكنني التعامل مع ذلك بسعادة تامة. أنت فقط تلعب هذا الدور. لكن في أحيان أخرى كان الأمر يزعجني وأفكر «أنا لست قادرًا على أن أكون على طبيعتي». أعتقد أن هذا هو المفتاح للكثير من قلقي. والعمل الذي أقوم به هو محاولة تذكُّر مَن أنا وما يمكنني القيام به، بدلًا من أن أصبح مجرد صورة خيالية لما يريد الناس أن أكونه. يقول الناس: «أنت نجم عظيم، أنت كَنز وطني، لقد قمت بكل هذه الأشياء الرائعة». وهذا يحرجني فحسب. فهذه ليست الطريقة التي أشعر بها تجاه نفسي.

من ناحية أخرى، أعتقد أن ثمة مستوًى من القلق مهم حقًّا وجوده. نادرًا ما عرفت أي شخص يصعد على خشبة المسرح دون الشعور بالقلق. لا أشعر بالقلق من نوعية: «أنا أكذوبة حقًّا وسيُفضَح أمري يومًا ما». في الحقيقة، أشعر بالعكس تمامًا، أشعر أنني أستطيع فِعل أشياء جيدة بحق، وما يمنعني

أحيانًا من القيام بما أريده بالطريقة التي أريدها هو أنني أشعر بالقليل من القلق. ومع ذلك، فأنا أدرك أنني بحاجة إلى القليل من القلق لأنه من غير المعتاد تمامًا أن تقف أمام الناس، وتكون محطَّ انتباه الجميع بصورة أو بأخرى.

الشيء الرئيسي هو أنني أتذكر التجارب الأخرى وأعلم أنني في النهاية أقدِّم عرضًا. أقول لنفسي إنها مثل مسرحية أدنبرة. إنني أواصل فِعل ما أفعله في الأساس، عليَّ حفظ بعض الكلمات، ولديَّ بعض الزملاء الممثلين، ولديَّ دوري الذي عليَّ أن أقوم به. لذا تنسى حقًّا. قد تخمِّن عددَ الأشخاص الذين سيشاهدون عملك، ولكنك عندما تقدمه حقًّا تعلم أنه يشبه تقديم عرض مسرحي بالجامعة أو ما شابه. وقد قدَّمت هذه الأشياء بشكل رائع من قبلُ وأعلم أنني يمكنني القيام بها.

لذا يمكنني الآن التعامل مع أي موقف بالتفكير في موقف آخر كان الأمر فيه أسوأ، ومع ذلك تمكَّنت من اجتيازه. إنني محظوظ لأنني أظن أنني أرى العالم بصورة إيجابية بشكل عام. لم أمرَّ بلحظات كثيرة عايشت فيها مشاعر القلق الصارخة وقلت في نفسي «إنني لا أستطيع فِعل ذلك. إنني أرغب في تغيير وظيفتي». استمتعت دائمًا بعملي، أيًّا ما كان!

على المرء مواجهة هذه المواقف. فإذا تجنبتها فلن يكون الأمر جيدًا لأنه دائمًا ما ستقبع في ذاكرتك هذه الفكرة التي تقول: «لم أستطِع فِعل ذلك؛ لم أكن قادرًا على فِعل ذلك قط». لذا، حتى لو كنتُ قد جربت الأمر وفشلت، فعلى الأقل قد فعلت ولم يكن الأمر سيئًا للغاية، في الواقع لم يضحك أحد وقد ظهر هذا المشهد في الفيلم وهو واحد من أفضل المشاهد.

في سلسلة عروض بايثون، اعتدنا دائمًا أن نذهب ونحتسي الشراب قبل أن نقوم بالتسجيلات لكي نشعر بالقليل من الاسترخاء. أتذكَّر أننا اعتدنا الذهاب إلى مشرب «بي بي سي» وشرب الجِعة، كنا نحتسي كوبين منها وكان الأمر على ما يرام. بطريقةٍ ما كانت البيرة تتعامل مع الأدرينالين. عندما كنا نصور أفلامًا مثل «لايف أوف براين»، وهذا لأننا كنا نصور المشاهد جزئيًّا في تونس، ولم يكن هناك الكثير من المشروبات الكحولية، ولكن بعد ذلك أصبح من المقبول لدينا ألا نحتسي الكحول إذا كنا سنؤدي مشهدًا، ولم يحتسِ أحدٌ الشراب فعلًا. منذ ذلك الحين كنت أتجنَّب دائمًا تناولَ المشروبات الكحولية قبل أن أؤديَ. لا أستخدم الكحول أبدًا للتغلب على القلق الآن؛ لأنني لا أعتقد أنه يفيد في النهاية.

يبدو أن مستويات القلق لديَّ ترتفع كلما وُضِعت تحت المنظار بشكل واضح. عندما نسافر لتسجيل الأفلام الوثائقية وألتقي بأشخاص أثناء الرحلة، يعتقد الناس أن هذا أمرٌ صعب للغاية. ولكن هذا لا يضايقني، إنه أمر عادي. ولكن ما يزعجني حقًّا هو عندما يخبرونني فجأةً أنه يتحتم عليَّ الحديث إلى الكاميرا مباشرة. إذا قمت بشيء خاطئ، فهم يقولون: «حاوِل مرة أخرى، أعتقد أنك تسرعت في ذلك قليلًا». وهنا يبدأ القلق في الازدياد.

كان هناك موقف لا يُنسى حيث كان عليَّ التحدث إلى الكاميرا مباشرةً، أعتقد أنه كان لسلسلة «الصحراء» الوثائقية، وذهبنا إلى قمةِ تل مرتفع في جبل طارق وكان بإمكانك إذا نظرت عبر المضيق أن ترى أفريقيا. كانت بداية السلسلة، وكنت قد حضَّرت مقالًا عن الروابط بين أفريقيا وإسبانيا. ثم قال المخرج: «حسنًا، ليس هذا ما نريده تمامًا، هل يمكنك فقط أن …» وهنا قلت في نفسي على الفور: «يا إلهي …». حسنًا، لم أقُم بالأمر بطريقة مناسبة. وفور أن فكرت في هذا، قالوا: «هل يمكننا إعادته مرةً أخرى لأن حمامة طارت أمام الكاميرا، ولن نتمكن من قطع هذا المشهد». وهنا انهرت نوعًا ما وصرت غاضبًا من نفسي بشدة فحسب.

ولكنني لا أعتقد أنني قد مررت بالعديد من المواقف التي قلت فيها لنفسي إنني لن أستطيع فِعل شيءٍ ما. كنت أفعله فحسب وأنا متخوِّف بعض الشيء، تمامًا كعبور جسر على يديك وركبتيك. ولكنك عبرته على الأقل، وعادةً ما تجد أن هناك شخصًا آخر حولك مرعوب بنفس القدْر، وهو أمر مهم للغاية في مسألة القلق برُمَّتها؛ لأنك إذا رأيت شخصًا آخر يعاني القلق، فهذا لا يجعلك تشعر أنك لست وحدك فحسب، ولكن في بعض الحالات يمكن أن يجعلك تشعر بتحسن طفيف؛ فأنت لست قلقًا بنفس قدْرهم، ومن ثَم يمكنك مساعدتهم.

ومع كل ذلك، فالقلق لا يزول أبدًا. وليس ثمة سهل مُضاء بالشمس تذهب إليه فلا يخالجك فيه القلق أبدًا بشأن أي شيء؛ كلُّ ما هنالك أن القلق يتخذ أشكالًا وصورًا مختلفة. إذا كنت سأقوم بالتمثيل، أو إذا كنت سأعمل يومًا كاملًا في عمل وثائقي أو شيء من هذا القبيل، فأنا لا أنام جيدًا في الليلة السابقة. لقد تقبَّلت ذلك الآن. كان هناك وقت كنت أشعر فيه أنني إذا لم أنَم فلن أكون قادرًا على القيام بهذا العمل، وأن الأمر سيكون مروعًا عندما أقف أمام الكاميرا. وهذا أمرٌ فظيع لأنه مدمِّر للذات تمامًا.

الآن ما زلت لا أنام جيدًا ولكني أتقبَّل أن ما أفعله هو جزء من العملية. أفكِّر في الأمر مليًّا؛ إنني أحضِّر نفسي لليوم المقبل. لذا، فعلى الرغم من أنك قد تكون متعبًا، كما هو مفهوم، فإنك في الواقع تكون مستعدًّا بصورة أفضل بكثير. ولكن وجهة نظري هي أنك لا تتمكن أبدًا من تحرير نفسك من القلق تمامًا؛ فهناك دائمًا شيء آخر يقلقك.

يرى الناس أشخاصًا مثلي ويقولون: «لديك أفضل وظيفة في العالم، أنت خالٍ من الهموم، ويا إلهي نود جميعًا أن نكون مثلك، وأن نكون قادرين على الوقوف أمام الكاميرا وإلقاء الخُطَب وكل ذلك». لا أفعل أيًّا من هذه الأشياء دون الشعور بالقلق في وقتٍ ما بشأن تقديم أفضل ما لدي ومسئوليتي تجاه الآخرين. عندما كنت صغيرًا كنت خجولًا للغاية. لم أكن أول مَن يرفع يده في الفصل للمشاركة، وكنت أجلس في الخلف وأراقب الآخرين. أحب أن أراقِب على أن أكون مُراقَبًا، وهذا ليس جيدًا لمقدم برامج تليفزيونية!

أعتقد أن كل شيء نفعله له أهميته. فاليوم العادي بالنسبة إليَّ له أهميته. يقول الناس: «أوه، إنه مجرد شيء تافه، وأنت تفعل الكثير من الأشياء.» ولكن عليَّ أن أفعله بشكل صحيح ومناسب، وإلا فما الهدف منه؟ وأرى أن هذا يسبِّب القلق، ولكنه يساعدك بالطريقة نفسها على التعامل معه؛ لأنه يجعلك تدرك أنك قلِق لأنك تفعل شيئًا مهمًّا بشكل أو بآخر.

(٢) القلق في إدارة فريق

يعتبر جراهام تايلور أحدَ أنجح المدربين في كرة القدم الإنجليزية الحديثة. وُلد عام ١٩٤٤، وتوقَّفت مسيرته لاعبًا بسبب الإصابة. أصبح أصغرَ مدرب مؤهل على الإطلاق في الاتحاد الإنجليزي لكرة القدم وأدار فريق «لينكن سيتي»، و«واتفورد»، و«أستون فيلا» بنجاح باهر، مما أدَّى إلى تعيينه مديرًا فنيًّا لمنتخب إنجلترا في عام ١٩٩٠. يُعَد تايلور مبتكرًا. نَسب مؤرِّخ تكتيكات كرة القدم جوناثان ويلسون الفضل لتايلور في تقديم تكتيك الضغط إلى كرة القدم الإنجليزية. كما كان رائدًا في مفهوم «نادي العائلة»؛ حيث تواصل مع المجموعات التي كانت تشعر سابقًا بأنها غير مرحَّب بها في مباريات كرة القدم، وطوَّر روابط قوية بين النادي والمنظمات المجتمعية. استقال تايلور من منصبه مدرِّبًا لمنتخب إنجلترا في ١٩٩٣، وعاد إلى إدارة النوادي، وقاد واتفورد مرةً أخرى من قاع

دوري الدرجات الأدنى إلى الدوري الإنجليزي الممتاز. وهو يشغل حاليًّا منصب رئيس مجلس إدارة نادي واتفورد.



شكل ٤-٢: جراهام تايلور

برع تايلور في تحفيز اللاعبين؛ إذ غالبًا ما يحوِّل لاعبي كرة القدم غير البارزين إلى نجوم. يقدِّم لاعب سابق في واتفورد تعليقًا نموذجيًّا على تايلور: «كنت مستعدًّا لفعل أي شيء من أجله مهما كان صعبًا عندما كنت في النادي، وأعتقد أن المشجعين شعروا بالشيء نفسه تمامًا.» (يمكننا بالتأكيد أن نؤكد حقيقةَ هذا التصريح الأخير.) استندت مهارات تايلور التحفيزية الأسطورية إلى حساسيته الشديدة لأفكارِ لاعبيه ومشاعرهم وسلوكهم. في هذه المقابلة التي أجراها معنا، يركِّز تايلور على عنصر واحد من عناصر هذه الفِطنة النفسية، ألا وهي الاستراتيجيات التي استخدمها لمقاومة القلق في الفريق.

لذلك، على سبيل المثال، نرى كيف كان تايلور بارعًا في إعطاء لاعبيه إحساسًا بالهدف والثقة، والتأكد من خلال الممارسة والروتين والتعليمات أنهم يفهمون المطلوب منهم،

والسبب وراء المطلوب منهم، وربما كان هذا هو الشيء غير المعتاد. بفعله هذا، علَّم أعضاء الفريق التركيز على المهمة التي يقومون بها، وهذه هي الطريقة المثلى لمنع تفاقُم القلق. اهتم تايلور كثيرًا بالتعرُّف إلى اللاعبين وعائلاتهم، مما سمح له بتوقُّع المشكلات قبل ظهورها. وكما يشرح في المقابلة، طوَّر روتينًا مثاليًّا لتعزيز ثقة لاعبيه قبل النزول إلى أرض الملعب.

أثبتت العديد من التجارب أن الموسيقى يمكن أن يكون لها تأثير قوي على الحالة المزاجية، والنجاح الذي حقَّقه فريق واتفورد في عام ١٩٩٩ يضرب مثالًا رائعًا على ذلك من الحياة الواقعية. كانت الأغاني التي يشغلها تايلور في غرفة تبديل الملابس قبل المباريات تثير المشاعر الإيجابية لدى اللاعبين. كما أنها كانت تعزِّز أيضًا روح الفريق التي ساعدت بلا شك في تحقيق العديد من الانتصارات في مثل هذا الوقت الحاسم.

كما رأينا في الفصل الثاني، يمكن تعلُّم القلق من الآخرين؛ لذا حرَص تايلور، المليء بالثقة والتفاؤل، على ألَّا يتعلم لاعبوه القلقَ منه. ومع ذلك، كان يعلم أن التوتر في يوم المباراة طبيعي. لذلك لم يبالغ في رد فعله، وكان يحافظ على الروتين فحسب. وقد تعلَّم تايلور من خبرته لاعبًا أن الناس يستجيبون على نحو أكثرَ إيجابيةً للثناء مقارنةً بالنقد. لذا، عند عمله على تطوير نقاط الضَّعف الفنية لدى اللاعبين، كان دائمًا ما يؤكد على نقاط قوَّتهم.

عرفنا أيضًا كيف تعامل تايلور مع توتره في يوم المباراة، وهذا من خلال الاستعداد الدقيق، والتمرين البدني، وربما قبل كل شيء، من خلال التركيز على مشاعر لاعبيه، وليس على مشاعره الخاصة. واكتشفنا كيف شعر تايلور عندما انتقل، بعد سنوات من النجاح على مستوى الأندية، إلى عالم إدارة المنتخبات الدولية الشديد الاختلاف. على عكس القبضة الحديدية التي كان يدير بها ناديه، كان تايلور قادرًا على التحكم بشكلٍ أقلَّ بكثير في فريق إنجلترا، وهو الوضع الذي أضاف مزيدًا من القلق إلى منصب ضاغط بشدة أصلًا.

بدأ تايلور مقابلته بالتذكير بصعود واتفورد المتأخر إلى الدوري الممتاز في عام ١٩٩٩، وهي الجولة التي شهدت فوزهم بتسع مباريات من أصل إحدى عشرة مباراة نهائية.

> كان لدينا أغنيتان: أغنية براين آدمز «إيفريثينج آي دو، آي دو إت فور يو» (كلُّ ما أفعله، أفعله لأجلك)، وأغنية إم بيبول، «سيرش فور ذا هيرو» (البحث عن البطل) — وكنا نستمع إلى هاتين الأغنيتين قبل المباريات. كان طبيبنا

النفسي كيران بارعًا. لا شكَّ في ذلك؛ لقد لعِب دورًا في صعودنا. لقد أحضر أغنية آدامز إلى ملعب التدريب وقال: «ما سنفعله هو أننا سنجمع اللاعبين بعد التدريب، وسيضع كلُّ لاعب ذراعه حول الآخر في تشكيل دائري، وسنتركهم يستمعون إلى هذه الأغنية.» ومن ثَم وضع كلٌّ منا ذراعه على الآخر. وقلت لهم: «سؤالي هو، ما سبب وجودكم هنا؟ لماذا نفعل كل هذا؟» وأصبح الموقف عاطفيًّا للغاية؛ كلُّ ما أفعله، أفعله لأجلك. لعبت هاتان الأغنيتان دورًا عاطفيًّا كبيرًا في تحضير لاعبينا. لقد آمنوا بهما.

في نهائي كأس ١٩٨٤، كان هناك توتُّر بالتأكيد لأننا كنا صغارًا جدًّا. كان يمكنك أن ترى ذلك قبل المباراة من رد فِعل لاعبَين على وجه الخصوص. واحد منهما بالتأكيد من الطريقة التي كان يستعد بها، لقد جلس متربعًا على الأرض. لم أرَ هذا من قبل. كان لدينا روتين إحماء قبل المباراة في غرفة تبديل الملابس وكان قد خرج منه للتو. ولكن عندما أعود بالزمن، أجد أنني ارتكبت خطأً فادحًا لأنني أعلنت عن تشكيل الفريق بعد أن تغلبنا على «آرسنال». السبب في فِعلي ذلك هو أن هذين اللاعبين كانا سينضمان إلى رباعي خط الدفاع في نصف النهائي ضد «بلايموث» واعتقدت أنهما بحاجة إلى معرفة ذلك. ولكنهما كانا أصغر من تحمُّل معلومةٍ كهذه، وأعتقد أنني كان لا بد أن أبقيهما في حالة ترقُّب.

أما فيما يخص توتري، فقد كنت أُحْضِر اللاعبين. كان لديَّ قول شائع مع اللاعبين، العائلة أولًا، وكرة القدم في المرتبة الثانية. باستثناء أيام المباريات. تهيمن كرة القدم علينا جميعًا يوم السبت. لذا ما سنفعله هو الاستعداد في الساعة العاشرة إلا الربع من صباح يوم السبت. ونتوجَّه إلى استاد «فيكاريدج رود»، وليس ملعب التدريب، وكنا نخرج في الساعة العاشرة صباحًا، وكنت أخصص نصف ساعة فقط للحديث التحفيزي. كنا نقوم ببعض العدْو السريع وكنت أتحدَّث معهم طوال الوقت حول الخَصم وبعض الوقت عما سنفعله. وبعد ذلك كانوا يذهبون للاستحمام ويستقلون سياراتهم إلى الفندق لتناول وجبةٍ ما قبل المباراة، أما أنا فكنت أُهرع إلى المنزل. أستلقي في حوض استحمامي مسترخيًا، وأنا أعلم أنني فعلت كلَّ ما بوسعي. لقد أتممت مهمتي، الأمر متروك لكم الآن أيها اللاعبون.

الجزء التالي هو ما بين الساعة الثالثة إلا الربع والثالثة. في هذا الوقت يجب أن أكون حريصًا للغاية على ألا أتحدَّث كثيرًا لأنني قلت كل شيء بالفعل. وعندما كانت تحين اللحظة الحاسمة، كنت أقف على المقعد بحيث أُصبح أطول منهم جميعًا. أثناء خروجهم، كنت أعرف الأشخاص الذين يريدون لمسةً أو كلمةَ تشجيع مني أثناء مرورهم. بصفتي المدير الفني، كنت أعلوهم؛ لا تقلق، أنا غير متوتر، كل شيء على ما يرام، هيا بنا نمضي قُدمًا …

آمُل أن أعطيَهم كلَّ الثقة التي أشعر بها في داخلي. لكنني تمكنت من تحقيق ذلك من خلال الجري، من خلال الأدرينالين الذي تحصل عليه من خلال التمارين البدنية. لقد أعددت نفسي عقليًّا وجسديًّا على حد سواء، دون علمهم.

قبل المباراة، ترى اللاعبين يذهبون إلى المرحاض كثيرًا. ولكن هذا لم يقلقني على الإطلاق. لقد رأيت ذلك على أنه مسألة طبيعة بشرية. وكان هناك لاعب أو اثنان يدخلان المرحاض لإحساسهما بالغثيان. هذا النوع من الأمور لم يقلقني قط.

أتذكَّر أنني كنت لاعبًا في فريق «جريمسبي تاون»، وكان المدير الفني يرعبنا وفي صباح المباراة لم أكن أرغب في النهوض من السرير. كنت أشعر بالخوف، وكنت أقول لنفسي إذا أصبحت مديرًا فنيًّا في يوم من الأيام، فلن أجعل اللاعبين يشعرون بمثل هذا الشعور مهما حدث.

كان التعرُّف إلى اللاعبين على المستوى الإنساني والتعرُّف على عائلاتهم أمرًا مهمًّا. أصبح واتفورد معروفًا بأنه نادي العائلة، ولكن الناس لم يكونوا دائمًا على درايةٍ كاملة بما يعنيه ذلك. فعندما كنت أتعاقد مع لاعبين، كنت أود، إذا أمكن، أن تكون زوجاتهم أو صديقاتهم موجودات — كان هذا قبل زمن الوكلاء — وأن يُحضروا عائلاتهم إن وُجدت. وفي هذه الحالة فإنك تتعاقد مع أفراد الأسرة بأكملها. في وقتٍ ما، كان لدينا، بطبيعة الحال، تواريخُ أعياد ميلاد جميع لاعبينا، ولكننا حاولنا أيضًا الحصولَ على تواريخ الاحتفال بالذكرى السنوية لزواج كلٍّ منهم، ومثلما يفعل كلُّ المدربين الجيدين، كنت أُرْسِل بعض الورود إليهم، على حساب النادي بالطبع! إنك تحاول التأكد من عدم تطوُّر المشكلات. يمكنك أن تجعل الناس أكثرَ استقرارًا من خلال التعرُّف إلى زوجاتهم ومحاولة إبقائهن في صفك؛ لأنك عندما تنجح في مقابلة الزوجات في النادي، فقد يخبرونك أحيانًا بأشياء عن أزواجهن تساعدك في الحصول على صورة أفضل.

بحلول وقت عملي في منتخب إنجلترا عام ١٩٩٠، كنت قد عمِلت مديرًا فنيًّا لمدة ثمانية عشر عامًا. أثناء خروجي إلى ملعب استاد ويمبلي، أعتقد أن الغرور الذي شعرت به في داخلي كان يتعلق بما حقَّقته، لم أكن خائفًا على الإطلاق. هذا هو المكان الذي يجب أن أكون فيه. هذا ما عمِلت بجدٍّ من أجله. سأخرج إلى الملعب وسنفوز.

كنت أميل إلى أن أكون أكثر توترًا في مباريات إنجلترا مما كنت عليه في مباريات الأندية لأنني لم أكن أملك السيطرة. كنت أشعر بالقلق في مَعِدتي، هذا الشعور في تجويف معدتك بأنك لست مسيطرًا حقًّا على ما يحدث، بينما كنت تشعر بالسيطرة على مستوى النادي، وكان لا بد أن تسيطر. يجب أن تجرِّب خوض بطولة الدوري قبل أن تعرف معنى الإدارة الدولية. يكون لديك عشر مباريات فقط في الموسم بينما في الدوري يكون لديك خمسون مباراة. إنهم ليسوا لاعبيك، إنهم لاعبو شخص آخر. إنهم ليسوا موظفيك، إنهم موظفو شخص آخر. في ذلك الوقت لم يكن لديَّ تواصل يومي مع أي منهم على الإطلاق. كانت الهواتف المحمولة قد بدأت في الظهور لتوها في تلك الفترة؛ وبعضهم لم يكن لديه هواتف محمولة، فكيف يمكنني البقاء على اتصال بهم؟

تُكِنُّ مجموعة صغيرة من المديرين الفنيين الكراهيةَ لك لأنك كنت خَصمًا لهم. لذا، فبعضهم لا يريدون لك النجاح. لقد نشأت في «سكانثورب» وكان فريق سكانثورب هو ما أدعمه، وكان فريقي الثاني هو إنجلترا. عندما تلعب إنجلترا يتوقف كل شيء آخر، وهذا هو ما أخذته معي في قيادتي لمنتخب إنجلترا، يا لها من سذاجة … لقد جاء كل مدرب مِنَّا، نحن مدرِّبي إنجلترا، من خلفيةٍ قائمة على نجاح باهر في التدريب على مستوى النوادي؛ لذا كنا نتوقع أن نستمر هكذا. وقد وجدت ذلك صعبًا للغاية. ما وجدته صعبًا هو عدم السيطرة الكاملة على الموقف. ولا يمكنك أن تكون كذلك وأنت مدرب لمنتخب إنجلترا.

لم أقتنع قط بإخبار اللاعب عن نقاط ضعفه. كنت أومن بالتدريب وممارسة نقاط قوَّتهم، وكان من المدهش رؤية مدى تحسُّن نقاط ضَعفهم هذه. إذا أخبرت اللاعب أن قدمه اليسرى سيئة، فما الذي ستجنيه؟ يمكنك القيام ببعض العمل لتحسين ذلك، يمكنك القول إننا سنقوم ببعض الأشياء الأساسية، إننا نريد أن نجعلك تستخدم كلا قدميك، وستكون لاعبًا أفضل،

ولكن قدمك اليمنى ممتازة، قدمك اليمنى عظيمة، وإذا تمكَّنت من جعلِ قدمك اليسرى تصل إلى ٥٠ بالمائة من مهارة اليمنى، فستكون لاعبًا رائعًا. والآن فجأة يمكن أن تكون قدمك اليسرى أضعف بمقدار ٥٠ بالمائة من قدمك اليمنى لأن مديرك الفني أخبرك لتوه بمدى روعة قدمك اليمنى، ولكنَّ كلَّ ما يريد حقًّا أن تفعله هو أن تحسِّن مهارتها وصولًا إلى النصف، وستكون لاعبًا رائعًا.

الفصل الخامس

الرُّهاب

ماثيو صبيٌّ يبلغ من العمر تسع سنوات يخاف بشدة من الصحف حتى إنه لا يتحمل رؤيتها من مسافة بعيدة. شيلا تبلغ من العمر ثمانية وعشرين عامًا، وهي أم لثلاثة أطفال، إنها تخاف من الرعد والبرق، وستبذل قصارى جهدها لتجنُّب التعرض لأي منهما بمفردها. يعني خوف روبن من الطيران أنه سيستقل القطار في رحلات تستغرق عدةَ أيام لتجنب بؤس قضاء بضع ساعات على متن الطائرة.

الأسماء المذكورة غير حقيقية، ولكن تستند دراسات الحالة هذه إلى حقائقَ في كل جوانبها الأخرى. تتنوع المخاوف وأنواع الرُّهاب تنوُّعًا لا يمكن حصره، وهي شائعة للغاية. فكِّر في موقف أو شيءٍ ما، ومن المحتمل أن يكون هناك شخصٌ ما في مكانٍ ما يخاف منه (يمكنك العثور على ملف شامل، ومذهل إلى حدٍّ ما؛ لذلك في موقع phobialist.com).

من المعتاد جدًّا سماعُ الناس يناقشون «رهابهم»، والذي يقصدون به غالبًا خوفًا طفيفًا أو نفورًا. ولكن الخوف لا يعني وجود الرُّهاب. لذا فلنبدأ بتحديدِ المعنى الدقيق والتقني لمصطلح «الرُّهاب» كما يُعَرِّفه «الدليل التشخيصي والإحصائي للاضطرابات النفسية» الصادر عن «الجمعية الأمريكية للطب النفسي».

(١) ما هو الرُّهاب؟

فيما يلي الأعراض الأساسية التي سيبحث عنها اختصاصي الصحة النفسية لتقريرِ ما إذا كان الخوف شديدًا بدرجة كافية ليرقى إلى أن يكون رهابًا:

- الخوف الملحوظ والمستمر الذي يكون مفرطًا أو غير معقول بسبب وجود أو توقُّع شيء أو موقف معين.
- يؤدي التعرض للمحفز الرُّهابي بشكل شبه دائم إلى استجابة قلق فورية.

- يدرك الشخص أن الخوف مفرط أو غير معقول.
- يتعارض التجنب أو الترقب القلِق أو الضيق في الموقف المخيف بشكل كبير مع الروتين الطبيعي للشخص، أو وظيفته المهنية (أو الأكاديمية)، أو أنشطته أو علاقاته الاجتماعية، أو أنه يعاني انزعاجًا ملحوظًا بشأن إصابته بالرُّهاب.

بلا مبالغة، يوجد المئات من أنواع الرُّهاب المختلفة. ولكن حدَّد الخبراء لها خمس فئات عامة:

- **رُهاب الحيوانات:** من بين أكثر أنواع رُهاب الحيوانات شيوعًا، رهاب الحشرات والثعابين والجرذان والكلاب.
- **رُهاب البيئة الطبيعية:** وتشمل هذه الفئة رُهاب المرتفعات والعواصف والمياه.
- **الرُّهاب الظرفي:** على سبيل المثال، رُهاب الطيران، والأماكن المغلقة، والنقل العام، والأنفاق، والجسور، والمصاعد، والقيادة.
- **رُهاب الدم والحُقَن والإصابة:** تشمل هذه الفئة الخوف من رؤية الدم أو الإصابة، أو من الحَقْن أو أي إجراء طبي مماثل.
- **أنواع أخرى:** كل شيء آخر! الأنواع «الأخرى» الشائعة من الرُّهاب هي الخوف من الاختناق، أو الإصابة بالأمراض (على عكس «التوهم المرضي»، وهو الخوف من المرض فعلًا).

تؤثِّر معظم حالات الرُّهاب التي سجَّلها الأطباء، ويبلغ عددها عدة مئات، على عدد قليل من الأشخاص. (كم مرة قابلت شخصًا يخاف من الأسنان أو من الجلوس؟) يوجد عدد محدود جدًّا من المواقف أو الأشياء التي تمثِّل الغالبية العظمى من حالات الرُّهاب. وهي بترتيب تنازلي كما يلي:

- الحيوانات
- المرتفعات
- الدم
- الأماكن المغلقة
- المياه
- الطيران

عندما يواجه شخصٌ يعاني الرُّهاب (أو حتى يتوقَّع مواجهة) الموقف الذي يخافه، فإنه عادةً ما يشعر بالذعر. يمكن أن ينطويَ هذا على بعض الأحاسيس غير السارة بالمرة، كضيق في التنفس، والتعرق، وآلام في الصدر، ورجفة، وشعور بالاختناق، ودوخة، وخَدَر، ووخز في الأطراف، وغثيان.

ليس من غير المألوف أن يعتقد الأشخاص الذين يعانون قلقًا شديدًا، خاصة مع اضطراب الهلع (انظر الفصل السابع)، أنهم على وشْك الإغماء، ولكن هذا أمر مستحيل. فعندما نشعر بالخوف، يرتفع ضغط الدم. أما الإغماء فيحدث عندما ينخفض ضغط الدم بشكل كبير.

ومع ذلك، فمثل معظم القواعد، لهذه القاعدة استثناء. غالبًا ما يعاني الأشخاص المصابون بالرُّهاب من الدم والحُقَن والإصابة، انخفاضًا حادًّا في ضغط الدم، مما يؤدي أحيانًا إلى الإغماء (يسمَّى ردُّ الفعل هذا بـ «الإغماء الوعائي المبهم»). لا أحدَ يعرف على وجه اليقين سببَ حدوث ذلك، لكنه منطقي من الناحية التطورية. بالإضافة إلى الإغماء؛ فالعاقبة الإضافية لانخفاض ضغط الدم هي انخفاض تدفُّق الدم. إذا تعرَّضت لإصابة بالغة، فقد ينقذ هذا حياتك فحسب.

(٢) ما مدى شيوع الرُّهاب؟

يقع معظم الناس فريسةً لمخاوفَ غير عقلانية أو مُبالغ فيها في مرحلةٍ ما من حياتهم. أُجريَت العديد من الدراسات حول هذا الموضوع، وتبيَّن أن نسبة الأفراد الذين يبلغون عن مثل هذه المخاوف حوالي ٥٠ إلى ٦٠٪.

ليس من المستغرَب أن يكون عددُ الأشخاص الذين يعانون مخاوفَ أضعفَ بما يكفي بحيث لا تصنَّف رُهابًا أقلَّ، ومع ذلك، لا تزال النسبة كبيرة. فعلى سبيل المثال، أجرى «المسح القومي الأمريكي المكرَّر للاعتلال المشترك»، (NCSR)، مقابلاتٍ مع عينة وطنية تمثيلية ضمت أكثرَ من ٩٠٠٠ بالغ من عام ٢٠٠١ إلى ٢٠٠٣: ٨٫٧٪ من هؤلاء الأفراد عانَوا الرُّهابَ في الأشهر الاثني عشر الماضية. وقد أسفرت دراسات مسحية أخرى عن نتائج مماثلة.

يبدو أن الرُّهاب شائع عند الشباب. وجدت دراسة مسحية أمريكية شملت أكثر من ١٠ آلاف مراهق أن ما يقرُب من واحد من كل خمسة مراهقين أفادوا أنهم عانوا الرُّهاب في مرحلةٍ ما من حياتهم.

من غير المألوف أن تعاني رُهابًا واحدًا فقط. على سبيل المثال، وجد «المسح القومي الأمريكي للاعتلال المشترك» (NCS) لعام ١٩٩٤ — وهو المسح السابق لـ «المسح القومي الأمريكي المكرَّر للاعتلال المشترك» — أنه من بين ٢٢٫٧٪ من الأشخاص الذين أبلغوا عن معاناتهم نوعًا واحدًا من الرُّهاب على الأقل خلال حياتهم، تعرَّض أكثرُ من ثلاثة أرباعهم لنوعين أو أكثر.

تبدأ معظم حالات الرُّهاب في وقتٍ مبكر من الحياة. بالنسبة إلى الرُّهاب من الحيوانات ورُهاب الدم والحُقَن والإصابة، يعني هذا عادةً أنهما بدءا منذ الطفولة؛ أما بالنسبة لأنواع الرُّهاب الأخرى، فعادةً ما تظهر خلال فترة المراهقة. في المتوسط، يستغرق الأمر تسع سنوات حتى يتطور الخوف إلى رُهاب متكامل الأركان.

إحدى النتائج اللافتة للنظر هي أن الإناث أكثرُ عرضة للإصابة بأنواع الرُّهاب من الذكور بأكثر من الضعف. لماذا؟ تقول إحدى النظريات إن احتمالية اعتراف الرجال بأنهم خائفون أقلُّ.

قدَّمت تجربة أجراها كلٌّ من كينت بيرس ودوايت كيركباتريك توضيحًا كاشفًا لهذا الميل. سُئل عددٌ من طلاب الجامعات عن مدى خوفهم من عدد من الأشياء والمواقف، وفي ذلك الجرذان والفئران وركوب قطار الملاهي السريع.

ثم أبلغ الباحثون المشاركين بأنهم سيشاهدون مقطعَ فيديو لهذه الأشياء والمواقف، وبعد ذلك سيُطلب منهم إعادةُ ملء استبيان الخوف. أثناء مشاهدة الفيديو، سيُرَاقَب معدَّل ضربات قلب المشاركين، وهو إجراء أشار إليه الباحثون أنه من شأنه أن يسمح لهم بقياس مدى خوف الطلاب حقًّا. وبعدما اعتقد الطلاب الذكور — خطأً، كما اتضح — أن إجاباتهم يمكن التحقُّق من صحتها، اعترفوا بشعورهم بمستوياتٍ أعلى من الخوف في الاستبيان الثاني، بينما ظلت درجات النساء كما هي.

حتى مع الأخذ في الاعتبار حقيقة أن الرجال في دراسة بيرس وكيركباتريك مالوا إلى التقليل من شأن مخاوفهم، فقد كانت درجاتهم لا تزال أقلَّ بكثير من درجات النساء. من غير الواضح بالضبط سبب كون النساء أكثرَ عرضة للمخاوف والرُّهاب. هناك بعض الأدلة على أن النساء أكثر عرضة من الناحية الجينية للخوف. لكن لا شك في أن العوامل البيئية تلعب دورًا أيضًا. في العديد من الثقافات، على سبيل المثال، من غير المقبول أن يُظهر الرجل خوفَه، ولكنه أمر مقبول في حالة المرأة. لذلك، فبينما قد تنغمس الفتيات في مخاوفهن، يتعلم الأولاد التغلب عليها.

(٣) ما الذي يسبب الرُّهاب؟

لسنوات عديدة، ساد الاعتقاد بأننا نكتسب مخاوفنا ورُهابنا من خلال عملية «ارتباط شرطي»، أي إننا نتعلمها من خلال تجربة مؤلمة، عادةً ما تكون في مرحلة الطفولة. (لإنعاش ذاكرتك عن الارتباط الشرطي، انظر القسم المعنون «النظريات السلوكية حول القلق» في الفصل الثاني.) تخيل، على سبيل المثال، أنك تسير في طريقك إلى المدرسة، وأن كلبًا كبيرًا شديد العدوانية يقفز فجأةً من خلف سور الحديقة. لحسن الحظ، لا يستطيع الحيوان الهروبَ من الحديقة. ولكن يترك هذا الحادث في نفسك خوفًا شديدًا من الكلاب، فما عليك سوى أن تلمح كلبًا لتشعر مرةً أخرى بنفس الرعب الذي عايشته في ذلك الصباح البعيد. ومن ثَم، فإنك تتجنب الكلاب بأي ثمن، ومن ثَم، تفشل في اكتشاف أن فرص تعرُّضك للأذى منها ضئيلة.

يظل الارتباط الشرطي نظريةً مفيدة. أثبتت تجارب معملية لا حصر لها أنه طريقةٌ فعالة للغاية لإثارة الخوف لدى كلٍّ من الحيوانات والبشر (وأشهر هذه التجارب تضمَّنت ألبرت الصغير، ويمكنك أن تقرأ عن هذه التجربة في القسم المعنون «النظريات السلوكية حول القلق» في الفصل الثاني). علاوة على ذلك، فالعديد من الأشخاص الذين يعانون الرُّهاب يُرجِعونه بالفعل إلى حادثة صادمة مبكرة (على الرغم من أننا قد نتساءل إن كانت رواياتهم دقيقة دائمًا أم لا؛ ففي كثير من الحالات، يحاول المرضى تذكُّر تجارب من الماضي البعيد). تعتمد العلاجات النفسية المستخدَمة لعلاج الرُّهاب اعتمادًا كبيرًا على الأفكار المستمَدة من الارتباط الشرطي. فتجنُّب الموقف الذي نخافه، أو الخروج منه سريعًا، يحافظ على خوفنا ويغذيه؛ لذلك يُساعَد المرضى على قضاء الوقت في المواقف التي يخشونها على وجه التحديد (وهذا ما يسمَّى «العلاج بالتعرض»). أثناء ذلك، وشريطة ألا يلجئوا لأي سلوكيات سلامة (انظر القسم المعنون «النظريات المعرفية حول القلق» في الفصل الثاني)، يقل قلقهم بشكل طبيعي. إنه علاج فعال بشكلٍ ملحوظ، وغالبًا ما يكون علاجًا سريعًا جدًّا أيضًا؛ إذ يمكن لجلسة واحدة مدتها ثلاث ساعات القضاء على الرُّهاب الذي كان يسبب القلق منذ سنوات.

لكن نظرية الارتباط الشرطي الكلاسيكية التي طوَّرها علماء مثل جيه بي واطسون (١٨٧٨–١٩٥٨) عجزت عن الإجابة عن بعض الأسئلة المهمة. فعلى سبيل المثال، لماذا غالبًا ما يصاب الأفراد بالرُّهاب دون الخضوع لأي تجربة تكوينية صادمة مؤلمة؟ لماذا معظم الذين يعانون الرعب في الطفولة لا يصابون بالرُّهاب؟ (وجدت إحدى الدراسات،

على سبيل المثال، أن الأشخاص الذين لا يعانون رُهاب الكلاب كانوا عرضةً لهجوم الكلاب مثل أولئك الذين يعانون هذا الرُّهاب.) ولماذا تكون بعض المخاوف أكثرَ شيوعًا من غيرها؟ وفقًا لنظرية الارتباط الشرطي الكلاسيكي، لا بد أن يكون أي شيء أو موقف قادرًا على التسبب في خوف دائم. كيف إذن نفسِّر أن الخوف من المرتفعات أكثر شيوعًا من الخوف من السفر بالسيارة؟ أو لماذا يشعر الكثير من الناس بالذعر من الثعابين وقلة قليلة من الناس يخافون من الأجهزة الكهربائية؟

في ضوء هذه الأسئلة، أعاد علماء النفس التفكيرَ في جوانب نظرية الارتباط الشرطي. على سبيل المثال، من المفهوم الآن أننا لا نتعلم مخاوفنا ببساطة من خلال الأحداث التي نمر بها. فنحن نلتقط أيضًا الإشارات التي يرسلها الأشخاص من حولنا. يبدو أننا نكون أكثرَ عرضة للتأثر بهذه الإشارات ونحن أطفال، وعادةً ما يكون آباؤنا هم مَن يتركون الانطباعَ الأكبر لدينا. لذا، إذا أخبرك والدك مرارًا وتكرارًا أن الكلاب خطِرة، فهناك فرصة معقولة أنك ستصدِّق ذلك.

لكننا لا نطوِّر مخاوفنا فقط على أساس ما يقال لنا (عملية تُعرف باسم «التعلم المعلوماتي»). بل إننا نحاكي أيضًا سلوك الآخرين. للحصول على مثال جيد على اكتساب الخوف بطريق غير مباشر، لنلقِ نظرة على التجربة التي قام بها فريديريكه جيرول ورونالد رابي والمبينة في الفصل الثالث.

قد يكون من الصعب علينا تذكُّر هذه الأنواع من التعلم مقارنة بسهولة تذكُّر وقوع حدث درامي واحد مؤلم، لأسباب ليس أقلها أنها قد تستمر على مدى عدة سنوات. ربما يساعد هذا في توضيح سبب عدم قدرة العديد من الأفراد على تذكُّر تفسير لسبب مخاوفهم.

لماذا بعض المخاوف أكثر شيوعًا من غيرها؟ تكمُن الإجابة، بالنسبة إلى بعض الخبراء، في مفهوم الاستعداد البيولوجي، الذي لخَّصه كلٌّ من آرني أومان وسوزان مينيكا فيما يلي:

> إننا أكثرُ عرضة للخوف من الأحداث والمواقف التي شكَّلت تهديداتٍ لبقاء أسلافنا — مثل الحيوانات المفترسة التي قد تكون قاتلة، والمرتفعات، والمساحات المفتوحة الواسعة — مقارنةً بالخوف من الأشياء التي قد تكون مميتة، والتي نواجهها كثيرًا في بيئتنا المعاصرة، مثل الأسلحة أو الدراجات النارية.

وفقًا لأومان ومينيكا، يعتمد الاستعداد البيولوجي على «الوحدة النمطية للخوف» في الدماغ وهي تتمركز في اللوزة الدماغية. تبدأ هذه الوحدة النمطية للخوف في العمل تلقائيًّا وبلا وعي. (لمزيد من المعلومات عن الدور الذي تلعبه اللوزة الدماغية في القلق، انظر الفصل الثاني.)

دعمًا لهذه الفكرة، أجرت مينيكا ومايكل كوك سلسلةً من التجارب باستخدام قرود الريسوس التي تَرَبَّت في المختبر. القرود — التي لم ترَ ثعبانًا من قبل — لم تُظهِر أي خوف عندما قدموا لها ثعابين لعبةً وأفعى حقيقيةً من نوع الأصلة العاصرة. ولكن كل هذا تغيَّر عندما شاهدوا ردود فعلٍ مسجَّلة على شريط فيديو لقرودٍ أخرى تستجيب بخوف نحو الثعابين الحقيقية والمزيفة. تعلمت قرود المختبر الخوف من الثعابين. من ناحية أخرى، فاللقطات التي بدت فيها القرود تستجيب للزهور استجابةَ خوف لم تترك لديهم أي انطباع. إذا كان بإمكان قرود المختبر اكتساب الخوف من الثعابين، فلماذا لم تكتسب الخوف من الزهور؟ الجواب، وفقًا لمينيكا وكوك، هو أن الخوف من الثعابين أمرٌ متجذر بالفطرة في القرود بسبب الخطر الذي يمكن أن تشكِّله. ومن ثَم، عندما رأت قرود المختبر استجابةَ القردة الأخرى للأفاعي، تم تنشيط خوفهم الفطري. أما الزهور فلا تشكِّل مثل هذا التهديد، ومن ثَم لا تثير أي استعداد للخوف.

ربما يمكن أيضًا اكتشاف ميراثنا التطوري في العلاقة الوثيقة التي يبدو أنها موجودة بين أنواع معينة من الرُّهاب والشعور بـ «الاشمئزاز». أظهرت أبحاثٌ حديثة أن الأشخاص الذين يعانون رُهابَ بعض الحيوانات الصغيرة — مثل العناكب والجرذان والفئران والصراصير والبزاق — وبعض أنواع رُهاب الإصابة والحُقَن والدم عُرضَةٌ بشكل غير عادي لمشاعر الاشمئزاز. يوجد منطق لذلك. إن الاشمئزاز المادي يهدف إلى منعنا من ملامسة المواد التي يمكن أن تسبب الأمراض. لذا فالخوف من الجرذان، على سبيل المثال، قد تكمُن جذوره في سُمعة هذا الحيوان العتيقة بنشره للأمراض؛ وقد يكون رُهاب الدم مبنيًّا على الخوف من التلوث.

من الواضح أن الارتباط الشرطي يلعب دورًا كبيرًا في تطور المخاوف وأنواع الرُّهاب المختلفة. ولكن، كما هو الحال مع جميع المشكلات النفسية تقريبًا، عادةً ما تكون هناك عوامل أخرى متضمنة. على سبيل المثال، يسلِّط المنظور المعرفي الضوءَ على مساهمة أنماط تفكير معينة، وغير مفيدة بوضوح.

عندما حلَّل الباحثون أفكارَ الأشخاص الذين يعانون رُهابَ العناكب، على سبيل المثال، اكتشفوا بعض الافتراضات التشاؤمية للغاية. عند سؤالهم عما يعتقدون أن العنكبوت قد

يفعله إذا كان بالقرب منهم، تضمَّنت الإجابات: «سيعضني» و«سيزحف نحو أعضائي الحميمية» و«سيزحف داخل ملابسي». وعندما سُئل المشاركون عن ردِّ فعلهم المحتمل عند مواجهة عنكبوت، اعتقد المشاركون أنهم «سيشعرون أنهم على وشْك الإغماء» أو «سيفقدون السيطرة على أنفسهم» أو «سيصرخون» أو «سيصابون بالهستيريا». بعبارة أخرى، تلعب الأفكار المخيفة دورًا مهمًّا في التسبب في الرُّهاب.

يميل الأشخاص المصابون بالرُّهاب إلى المبالغة في تقدير احتمالية التعرض للأذى، والتقليل من قدرتهم على التعامل مع الموقف الذي يخشونه. كما أنهم يبحثون باستمرار عن أي علامة على الموقف الذي يخشونه. كما كتب ثيربانتس: «الخوف حادُّ النظر، ويمكنه رؤيةُ ما يقبع تحت الأرض، وما هو أكثر من ذلك بكثير في السماء». ومن الأكيد أن هذا الأسلوب في التفكير الذي يركِّز على التهديد لا يؤدي إلا إلى إذكاء نيران القلق. (بالمناسبة، من الصعب التوفيق بين هذه الاكتشافات والشرط الذي وضعه «الدليل التشخيصي والإحصائي للاضطرابات النفسية» بأن «الشخص [المصاب بالرُّهاب] يدرك أن الخوف مُبالغ فيه أو غير معقول». على العكس من ذلك، يبدو القلق الذي يعانيه العديدُ من الأفراد مبررًا تمامًا بالنسبة إليهم.)

تشتمل القطعة النهائية في أحجية أسباب الرُّهاب على عواملَ بيولوجية. يعتقد العلماء أن التعرض لمشكلات القلق قد يكون مرتبطًا بخللٍ فيما يمكن أن نسميه «نظام الخوف» في الدماغ: ويتكون من اللوزة الدماغية، والحُصين، وقشرة الفص الجبهي (انظر الفصل الثاني، لمزيد من المعلومات حول هذا الأمر). هذا الخلل وراثي في الأصل.

حدَّدت إحدى الدراسات التي أُجريت على التوائم أن احتمالية وراثة الرُّهاب تبلغ حوالي ٣٠٪ (لإنعاش ذاكرتك حول مفهوم التوريث ومجال علم الأوبئة الجينية، انظر الفصل الثالث). قدَّر تحليلُ التوائم الذكور احتماليةَ وراثة الرُّهاب بنسبة ٢٥ إلى ٣٧٪. قيَّمت تجربة ثالثة مدى سهولة تكييف التوائم على الخوف من مجموعة من المحفزات. كان أداء التوائم المتطابقة أكثرَ تشابهًا من أداء التوائم غير المتطابقة، مما دفع الباحثين إلى استنتاج أن قابلية وراثة تعلم الخوف هي حوالي ٣٥ إلى ٤٥٪.

من الواضح أن التركيب الجيني هو جزء من سبب إصابة بعض الناس بالرُّهاب وعدم إصابة البعض الآخر. ربما لا تلعب الجينات دورًا مهيمنًا؛ إذ تشير نِسب قابلية الوراثة التي استشهدنا بها إلى أن مساهمتها متوسطة. ولكن من دون وجود قابلية جينية، من غير المرجح بصورة أكبرَ أن نتعلم الخوف من شيءٍ ما، أو أن نرى هذا الخوف يتطور إلى رُهاب متكامل الأركان.

الفصل السادس

الرُّهاب الاجتماعي

> الأمر أشبهُ بكاميرا تقترب من وجهٍ مُروَّع، أحمر، مذعور وتُكَبِّرُه ... إنني أبدو محرَجة وعصبية بحق.
>
> صورةٌ لي أبدو فيها مذنبًا، وعصبيًّا، وقلقًا، ومحرَجًا. إنه وجهي؛ الملامح مشوَّهة وضخمة: أنف كبير، ذقن نحيل، أذنان كبيرتان، ووجه أحمر. وضعيةُ الجسم غريبة قليلًا: وضعية منكمشة، متقوقع فيها على نفسي. نبرة صوتي مُبالغ فيها. أبدو غبيًّا، لست لبِقًا ولا أستطيع التواصل جيدًا.
>
> أرى الغرفة، إنها غرفة كبيرة، الطاولات موضوعة في جميع أنحائها على شكل مربع، والناس يجلسون خلف الطاولات. أنا جالسة على طاولة. الجميع ينظرون إليَّ محدقين فيَّ بحق. أبدو مرعوبة، الأمر بادٍ في عيني، مرتجفة، إنني أتحدث ولكن لا أستطيع سماع نفسي. إنني أميل إلى الأمام، يداي أمامي، وأعبث بخاتَمي. الناس أقرب إليَّ مما يكونون عليه حقًّا.

يرجع أول وصف من هذه الأوصاف الزاخرة بالتفاصيل إلى امرأةٍ تخشى أن يحمر وجهها خجلًا في الأماكن العامة. أما الوصف الذي يليه فهو لرجلٍ يخشى أن يُعْتَقد أنه غبي، ولا يُتقن التعبير، وممل. أما التعليق النهائي فهو لامرأة تخشى أن ترتجف وتبدو متوترة في المواقف الاجتماعية.

يعاني الأفراد الثلاثة كلُّهم «الرُّهاب الاجتماعي». ويعتقدون أنهم لا يرقون إلى مستوى مهمة التفاعل الاجتماعي، وأنهم لن يفوا بالمعايير التي يتوقعونها أو التي يتوقعها أي شخص آخر، وأنهم سيدفعون ثمنًا باهظًا لقصورهم، وأنهم سيتعرضون للرفض باعتبارهم حمقى أو غير مؤهلين أو أغبياء. في المواقف الاجتماعية الموترة، تتحول أفكارهم

إلى الداخل تلقائيًّا. وبدلًا من التركيز على العالم من حولهم، فإنهم يركزون على عيوبهم. ومع ذلك، فالصور التي تظهر في أذهانهم لا علاقةَ لها بالواقع؛ وفي الواقع، غالبًا ما تكون مشوَّهة بشكل صارخ وشديدة القسوة.

(١) ما الرُّهاب الاجتماعي؟

يأخذ الرُّهاب الاجتماعي — الذي يُطلق عليه أحيانًا اضطراب القلق الاجتماعي — أشكالًا عديدة. يجد بعض الناس جميعَ المواقف الاجتماعية مقلِقة. بالنسبة إلى الآخرين، يبدأ الخوف فقط عندما يضطرون إلى أداء نشاط معيَّن أمام الآخرين. غالبًا ما يكون هذا النشاط هو التحدث أمام جمهور من الناس، ولكن الرُّهاب الاجتماعي يمكن أن يكون ذا صلة بكل شيء من المواعدة إلى تناول الطعام إلى استخدام المراحيض العامة.

هذه هي معايير «الرُّهاب الاجتماعي» المدرجة في «الدليل التشخيصي والإحصائي للاضطرابات النفسية»:

- وجود خوف واضح من موقف اجتماعي يكون فيه الشخص معرَّضًا للتعامل مع غرباء أو من موقف قد يحكم فيه الآخرون عليه. يخشى الشخص أن يَظهر عليه قلقُه أو أن يفعل شيئًا يهين أو يحرج به نفسه.
- تقريبًا دائمًا ما يصبح الشخص قلقًا في مواقفَ معينة.
- يدرك الشخص أن مخاوفه غير معقولة أو مُبالغ فيها.
- تجنُّب المواقف المخيفة أو تحمُّلها بضيق.
- يجد صعوبةً في العيش بشكل طبيعي بسبب القلق.

يمكن أن يبدوَ الرُّهاب الاجتماعي مثل الخجل. يشترك الاثنان في العديد من السمات: على سبيل المثال، الأفكار القلِقة حول المواقف الاجتماعية، الرغبة في تجنُّب تلك المواقف، والميل — إذا أُجبر الشخص على تحمُّلها — إلى الارتعاش أو التعرُّق أو احمرار الوجه. هل الرُّهاب الاجتماعي هو ببساطة شكل متطرف من أشكال الخجل؟ تشير الأبحاث إلى صحةِ هذا إلى حدٍّ ما. عندما يقارن العلماء تجاربَ العديد من الأشخاص الشديدي الخجل ومَن يعانون الرُّهاب الاجتماعي، يجدون أنها متشابهة بما يكفي للإشارة إلى أن الخجل والرُّهاب الاجتماعي يحتلان أماكن مختلفة في نفس الطيف. من ناحية أخرى، يُفيد بعض الأشخاص الخجولين بعدم خوفهم من المواقف الاجتماعية مثل الحفلات أو المحادثات أو

الاجتماعات أو التحدُّث الرسمي أمام جمهور أو تناول الطعام في الأماكن العامة. وهذا يعني أن شكل الخجل لديهم ليس مجرد نسخةٍ أخف من الرُّهاب الاجتماعي. لذا يبدو أن «الخجل» يُعَد فئة واسعة إلى حد كبير.

إن الرُّهاب الاجتماعي موجود في جميع أنحاء العالم، ولكن أشكاله الدقيقة يمكن أن تختلف من ثقافة إلى أخرى. فعلى سبيل المثال، من الشائع في اليابان اضطرابٌ يُعرف باسم «تايجين كيوفوشو» (TKS)، وترجمته الحرفية هي الخوف من العلاقات الشخصية. يتشابه اضطراب تايجين كيوفوشو والرُّهاب الاجتماعي الغربي في العديد من الجوانب، على سبيل المثال: الاعتقاد بأن الآخرين سيفكرون فينا بشكلٍ سيئ، والشعور بأننا أقل من مستوى الاضطلاع بمهمة التفاعل الاجتماعي، والرغبة في تجنُّب مواقف اجتماعية معينة. ومع ذلك، يوجد اختلاف جوهري بين الاثنين. فبدلًا من الخوف من إحراج أنفسهم، يخشى الشخص المصاب باضطراب تايجين كيوفوشو في المقام الأول من إحراج الآخرين أو إهانتهم. ومن ثَم، قد يَقلق بشأن مظهره (ربما تعبيرات وجهه، أو تشوه مُتصوَّر)، أو رائحة جسمه، أو الميل إلى ظن أنه يحدِّق بشكل غير لائق إلى الآخرين.

(٢) ما مدى شيوع الرُّهاب الاجتماعي؟

الرُّهاب الاجتماعي هو أحدُ أكثر اضطرابات القلق شيوعًا. على سبيل المثال، قدَّرَ المسح القومي الأمريكي للاعتلال المشترك أن ١٣٫٣٪ من الأمريكيين يختبرون الرُّهاب الاجتماعي في مرحلةٍ ما خلال حياتهم. ووجد المسح الاستقرائي — المسح القومي الأمريكي المكرَّر للاعتلال المشترك — التالي للمسح القومي للاعتلال المشترك، أن ٦٫٨٪ من المشاركين في الدراسة عانوا الرُّهابَ الاجتماعي في الاثني عشر شهرًا الماضية. عندما حلَّل المسح القومي الأمريكي المكرَّر للاعتلال المشترك شدةَ تلك الحالات، انقسمت نسبة الـ ٦٫٨٪ إلى ثلاثة أقسام متساوية تقريبًا تُصنِّف حدةَ الحالة: «خطِرة»، و«معتدلة» و«خفيفة». ولكن تظل هذه المصطلحات نسبية؛ فحتى الحالات «الخفيفة» وُجِد أنها تفي بمعايير الاضطراب السريري.

يبدأ الرُّهاب الاجتماعي عادةً في مرحلة المراهقة. وجدت دراسة استقصائية أمريكية كبرى أن ٩٪ من الشباب الذين تتراوح أعمارهم بين ١٣ و١٨ عامًا عانوا مشكلاتٍ في مرحلةٍ ما من حياتهم، و١٫٣٪ منهم تأثَّروا بشدة. مثل اضطرابات القلق عامةً، فالرُّهاب الاجتماعي أكثرُ شيوعًا عند النساء منه عند الرجال (بنسبة ٣: ٢ تقريبًا).

(٣) ما الذي يسبب الرُّهاب الاجتماعي؟

يبدو أن الرُّهاب الاجتماعي يسري في العائلات؛ حيث يُعتقد أن الجينات لها تأثير متوسط. وقد قُدِّرَت قابلية الوراثة بحوالي ٤٠٪. ومع ذلك، فما يُوَرَّث هو على الأرجح قابلية الإصابة بالقلق بشكل عام، لا الإصابة بالرُّهاب الاجتماعي بشكل خاص.

ما يسهم بصورةٍ أكبر في الإصابة بالرُّهاب الاجتماعي هو ما يسميه العلماء بالعوامل البيئية غير المشتركة: أي التجارب الشخصية التي تخص كلَّ واحد منا بمفرده. ولكن كُنْه هذه العوامل البيئية مُبهم في معظمه. ومع ذلك، توجد بعض الأدلة التي تشير إلى أن الآباء الذين يبالغون في حماية أطفالهم، أو الذين يرفضونهم، قد يساهمون في تطوُّر الرُّهاب الاجتماعي لدى أبنائهم. يبدو من المعقول بلا شك افتراض أن الرفض قد يضر بثقة الطفل بنفسه، ويترك في نفسه بعض الافتراضات المؤذية عن نفسه وعن الآخرين. أما في حالة الآباء الذين يبالغون في حماية أطفالهم، فقد أُشيرَ إلى أنهم قد يحدُّون من فرص أطفالهم في تطوير المهارات الاجتماعية.

أما بعض واضعي النظريات، فيعتقدون أن الرُّهاب الاجتماعي هو من بقايا عصور إنسانِ ما قبل التاريخ. كان لدى أسلافنا خياران عند مواجهة تهديدات من داخل مجموعتهم الاجتماعية: الدفاع عن أنفسهم أو الخضوع. قد يؤدي القتال والخسارة إلى التهميش، أو الأسوأ من ذلك، الطرد من الجماعة. وبوجود الكثير من المخاطر البالغة، فقد يجد الأفراد الأقل عدوانية أو حبًّا للسيطرة أنه من الحكمة قبول وضع اجتماعي أقل فحسب.

وفقًا لهذه النظرية، فما نراه في الرُّهاب الاجتماعي في الوقت الحاضر، ما هو إلا استيعاب داخلي ضار لهذه الاستراتيجية التي كانت مفيدة في السابق. نظرًا لفرط حساسية هؤلاء الأفراد تجاه المكانة الاجتماعية، فهم يعتبرون أنفسهم أقلَّ شأنًا. ولأنهم مقتنعون بأن قصورهم سيكون واضحًا للجميع، فإنهم يخشون المواقف الاجتماعية. ومن ثَم، إذا لم يتمكَّن الأشخاص الذين يعانون الرُّهاب الاجتماعي من تجنُّب مثل هذه المواقف تمامًا، فسيحاولون أن يكونوا خانعين ومتوارين عن الأنظار قدْر الإمكان.

هل تستطيع هذ النظرية الصمودَ أمام التدقيق؟ على الرغم من معقوليتها في بعض حالات الخجل والقلق الاجتماعي الأقل حدة، فإنها لم تختبر بشكلٍ ملائم لدى الأشخاص الذين يعانون الرُّهاب الاجتماعي. لذلك، في الوقت الحالي على الأقل، تعتبر بمثابة تكهنات إلى حدٍّ بعيد.

(٤) سيكولوجية الرُّهاب الاجتماعي

عندما يتعلق الأمر بفهم العمليات النفسية التي تتسبب في حدوث الاضطراب واستمراره، تتضح الصورة أكثر.

طَوَّر عالِما النفس الإكلينيكيان البريطانيان ديفيد كلارك وأدريان ويلز النموذجَ الأكثر أهميةً لهذه العمليات في تسعينيات القرن الماضي. وسنوضح هذا النموذج باستخدام دراسة حالة مُتخيَّلة.

أليس كاتبةُ محتوًى تبلغ من العمر ثلاثين عامًا تعمل في وكالة إعلانات. مطلوب منها تقديمُ عروض تقديمية لعملها بصورة منتظمة لزملائها وعملائها. لم تستمتع أليس قط بهذا الجانب من وظيفتها، ولكن على مدى العامين الماضيين، ازدادت حدةُ قلقها إلى درجةٍ دفعتها للتساؤل عما إذا كان يتعين عليها تغيير مهنتها. تشعر أليس يقينًا أنها ستكون أضحوكة، ومن ثَم تعجز عن النوم في الليلة السابقة للعرض التقديمي. تميل أليس إلى تجنُّب الموقف تمامًا بإبلاغهم أنها ستتغيب لأنها مريضة. وأثناء العرض التقديمي، كلُّ ما يمكن لأليس التفكير فيه هو الشعور المروع الذي تشعر به، وكم تبدو مضحكة بالنسبة إلى جمهورها. إذا أثنى أيُّ شخص على عرْضها التقديمي، فإنها تفترض أن الدافع وراء مديحه هو السخرية، أو الأسوأ من ذلك، الشفقة.

دعونا نستكشف الرُّهاب الاجتماعي الذي تعانيه أليس باستخدام نموذج كلارك وويلز. حملت أليس معها منذ المراهقة عددًا من الافتراضات المؤذية عن نفسها وعن الآخرين، على الرغم من جهلها بذلك. نشأت هذه الافتراضات بعد أن انتقلت أليس إلى مدرسة جديدة حيث وجدت صعوبةً في تكوين صداقات. ترغب أليس بشدة في خلق انطباع جيد، ولكن في أعماقها — وعلى الرغم من كل الأدلة التي تشير إلى عكس ذلك — تعتقد أنها غير جذابة وغير لبقة.

لا يقتصر الأمر على تقليل أليس من شأن مزاياها فحسب، بل إنها تضخِّم مزايا الأشخاص الذين تلتقي بهم، مفترضةً أنهم يمتلكون أقصى درجات الثقة والقدرة التي تشعر أنها تفتقر إليها. وتتوقع أن الآخرين سيلاحظون — بل سيتذكرون — حتى أتفه السلبيات في أدائها. الكمال فقط هو ما سيفي بالغرض.

يشعر الجميع تقريبًا بدرجةٍ من التوتر عند تقديم عرْض تقديمي، ولكن افتراضات أليس اللاواعية تعني أن الموقف يبدو أكثرَ تهديدًا لها مما هو عليه بالفعل. عانت أليس القلقَ بشأن العرْض التقديمي لأيام. حانت اللحظة الحاسمة الآن، ويبدو أن خطرَ أن

تصير أضحوكةً أكبرُ من أي وقت مضى. تستحوذ «الأفكار السلبية التلقائية» على عقلها: «لا يمكنني فِعل هذا. لا بد أن أخرج من هنا. أشعر بالإعياء. يعلم الجميع أنني أكذوبة.» ويصل قلقها إلى أعلى المستويات، كما هو متوقَّع.

يتجلى هذا القلق بثلاث طرق:

أولًا: الأعراض الفسيولوجية: التعرق، واحمرار الوجه، والارتجاف، وصعوبة التركيز. تلاحظ أليس بسرعة هذه التغيرات الجسدية. بدلًا من قبولها كأعراض طبيعية تظهر في المواقف العصيبة، تخشى أليس أن يخرج قلقها عن نطاق السيطرة، وأن ذلك سيكون واضحًا لجمهورها، وهو ما لا يفيد بشيء إلا زيادةَ قلقها أكثر.

يُعَد قلق أليس بشأن الأعراض الجسدية للقلق وحساسيتها الشديدة تجاهها، سمةً نموذجية للأشخاص الذين يعانون الرُّهاب الاجتماعي. في الواقع، وجد الباحثون أن مجردَ إخبار شخصٍ ما بأنه يمر بردِّ فعلٍ فسيولوجي شديد — حتى وإن كان ذلك غير صحيح — يمكن أن يكون له تأثير بالغ على تفكيره. طُلب في إحدى الدراسات من الطلاب إجراءُ محادثة مع شخص غريب. أفاد مَن قيدوا إلى الاعتقاد بأن جهاز استشعار قد اكتشف احمرارًا في وجههم، وارتعاشًا، وتعرقًا، وزيادةً في معدل ضربات القلب، بأنهم شعروا بقلقٍ أكبر، وزعموا أنهم شعروا بالمزيد من أعراض القلق الجسدية، واعتقدوا أنهم تركوا انطباعًا أسوأ من أولئك الذين لم يحصلوا على مثل هذه المعلومات. بعبارة أخرى، تصرَّف الأشخاص من المجموعة الأولى مثلَ مَن يعانون الرُّهاب الاجتماعي.

ثانيًا: والأهم، تجد أليس نفسها تتخيَّل كيف تبدو في نظر جمهورها. ترى أليس نفسها شخصًا محطَّمًا مثرثرًا، مرتعشًا، ومشوشًا. لا يقتصر الأمر على عدم ارتباط هذه الصورة بالواقع فحسب، بل إنها قوية للغاية لدرجةِ أن أليس لا تراجع كيفيةَ استجابة جمهورها فعليًّا. وبدلًا من ذلك، تنظر داخلها بحثًا عن إشارةٍ إلى كيفية سير الأمور.

إن الأشخاص الذين يعانون الرُّهاب الاجتماعي أكثرُ عرضةً من غيرهم للمرور بتجربة الصور المتخيَّلة في المواقف الاجتماعية، وتكون هذه الصور أكثرَ سلبيةً وأكثرَ ميلًا لأن تكون صورًا من وجهة نظر المراقب. أظهرت الأبحاث أن مجرد أن تطلب من الناس التفكيرَ في صورة ذاتية سلبية وليست إيجابية يُفضي إلى قلق بالغ يشعر به الفرد نفسه ويكون واضحًا للمراقب. كما أنه يقود الناس إلى الاعتقاد بأنهم أدَّوا بشكل سيئ في المواقف الاجتماعية.

ثالثًا وأخيرًا: تتَّبع أليس عددًا من «سلوكيات السلامة»، وهي تصرُّفات تعتقد أنها ستساعدها في تجاوز محنتها (انظر الفصل الثاني). فهي على سبيل المثال، تبالغ في حفظ خِطابها؛ وتعرِضه بسرعة؛ وتتجنب النظر إلى جمهورها؛ وتحاول التفكيرَ في الأوقات السعيدة، مثل إجازتها الأخيرة.

ولكن في الواقع، هذه الاستراتيجيات لا تساعد أليس. فمثل جميع سلوكيات السلامة، تمنعها هذه السلوكيات من اكتشافِ أن قلقها مُبالغ فيه: فعندما تنجح في إتمام العرْض التقديمي، تنسب أليس الفضل في ذلك إلى سلوكيات السلامة التي اتبعتها وليس إلى قدرتها على التعامل مع مهمة مرهقة. علاوة على ذلك، فهذه السلوكيات — تمامًا مثل الصور الذاتية والأعراض الجسدية للقلق — تشدُّ انتباهها إلى الداخل وبعيدًا عن المهمة التي تقوم بها، مما قد يعوق أداءها. ويمكن لجمهورها أن يلاحظ مثل هذه السلوكيات. وعلى الرغم من كلِّ ما يشغل بالها ويشتِّت انتباهها؛ فقدرة أليس على ملاحظة نظرة متسائلة أو انتباه شارد حادةٌ للغاية. وعندما تلاحظ أيًّا من ذلك، يرتفع قلقها إلى مستوًى أعلى.

(واللافت هو أن الدراسات العصبية أكَّدت فكرة أن الأشخاص الذين يعانون الرُّهاب الاجتماعي لديهم حساسية مفرِطة للنقد. عندما يطلب الباحثون من أفرادٍ قراءة ملاحظات سلبية عن أنفسهم، يُظهر مَن يعانون الرُّهابَ الاجتماعي — ولكن ليس غير المصابين به — مستوياتِ نشاط متزايدة في اللوزة الدماغية — وهي «الكمبيوتر الانفعالي» للدماغ (انظر الفصل الثاني) — وفي قشرة الفص الجبهي الإنسي، التي تلعب دورًا حاسمًا في كيفية تفكير الفرد في ذاته.)

لا يقلُّ قلقُ أليس كثيرًا في نهاية عرْضها التقديمي. لأنها، مثل الكثير من الأشخاص الذين يعانون الرُّهاب الاجتماعي، تفكِّر في أدائها بلا توقُّف (يطلق كلارك وويلز على هذا الأمر «تشريح الجثة»). وكلما أطالت التفكيرَ في العرض التقديمي، ازداد شعورها سوءًا حياله وازدادت حدة مخاوفها من العرض التالي.

غالبًا ما يُنْقَل نموذج كلارك وويلز في الكتب الإرشادية على هيئةِ نوع من أنواع مخططات التدفق التوضيحية. في الواقع، يمكن تمثيلها أيضًا على شكل سلسلة من الحلقات المفرغة، كلُّ حلقة منها تثير قلقَ الشخص وتزيده. مع العلاج، يمكن كسر دائرة الرُّهاب الاجتماعي. أما إذا تُرِك دون علاج، فقد يشعر الشخص وكأنه محاصر داخل تروس آلة وحشية لا تتوقف.

الفصل السابع

اضطراب الهلع

في عام ١٨٣٧، بعد بضعة أشهر فقط من عودة تشارلز داروين، الذي كان يبلغ من العمر ٢٨ عامًا في ذلك الوقت، من رحلته الملحمية التي دامت خمس سنوات حول العالم على متن السفينة «بيجل»، بدأ في الشعور بعدد من الأعراض المحيِّرة والمقلقة، ومنها الخفقان، وضيق التنفس، والرعشة، والغثيان، والوهن، والخوف المفاجئ:

> كنت أستيقظ ليلًا شاعرًا بالقليل من التوعك وبالخوف الشديد، على الرغم من أن عقلي كان يضحك ويخبرني أنه لا شيء يدعو إلى الخوف، ويحاول تحديدَ الأشياء التي تخيفني.

استمرت النوبات حتى نهاية حياة داروين بعد ٤٥ عامًا لاحقة، وسرعان ما أصبح العالِم المغامر منعزلًا، لا يرغب حتى في مغادرة منزله ما لم يكن بصحبة زوجته: «لقد وجدت منذ فترة طويلة أنه يستحيل عليَّ زيارة أي مكان؛ فالتجديد والإثارة يُهلكانني.»

شخَّص أطباء داروين مجموعةً متنوعة من الأمراض لديه، من بينها «عسر الهضم المتفاقم» و«عسر الهضم النَّزْلي» و«النقرس المكبوت». أما في الوقت الحاضر، فقد خَلَصَت المناقشة في الدوريات الطبية إلى أن ما كان يعانيه داروين فعلًا هو «اضطراب الهلع».

(١) ما الهلعُ؟

بالنسبة إلى معظمنا، تصف كلمة «الهلع» شعورًا مفاجئًا بالقلق الشديد. إنه الشعور الذي نختبره عندما لا نتمكَّن من العثور على جواز سفرنا ونحن في المطار، أو عندما نشكُّ في أننا قد حذفنا ملفًا مهمًّا على جهاز الكمبيوتر الخاص بنا.

على الرغم من أنه شعور بغيض، فهذا النوع من التجارب الشعورية هو نسخة «مخفَّفة» من الشعور الحقيقي. الهلع الحقيقي يعني التعرُّض لموجة غامرة من الخوف العميق، مصحوبة بمجموعة متنوعة من الأحاسيس الجسدية المزعجة، من بينها ضيق التنفس، والتعرق، وآلام الصدر، والرعشة، والدُّوار، والخدَر، والوخز في الأطراف، والغثيان، والقشعريرة. وهبَّات الحرارة. قد يرتفع معدل ضربات القلب بأكثر من ٢٠ نبضة في الدقيقة.

يصاحب الهلعَ مجموعةٌ من الأفكار المرعبة، على سبيل المثال، أننا على وشْك فقدان السيطرة أو الإغماء، أو أننا سنصاب بالجنون، أو سنموت. تتطور النوبات بسرعة كبيرة، وغالبًا ما تصل إلى ذروتها في أقلَّ من أربع أو خمس دقائق، وتستمر عمومًا من عشر إلى عشرين دقيقة.

الهلع هو سمةٌ مشتركة في جميع اضطرابات القلق، والمشكلات النفسية الأخرى أيضًا (مثل الاكتئاب). في الواقع، وجدت إحدى الدراسات أن ٨٣٪ من المرضى الذين يعانون اضطرابًا نفسيًّا أبلغوا عن إصابتهم بنوبةِ هلع واحدة على الأقل. ولكنه يحتل مركز الصدارة في اضطراب الهلع الذي يعرفه «الدليل التشخيصي والإحصائي للاضطرابات النفسية» على النحو التالي:

- نوبات هلع متكررة وغير متوقعة، تشمل أربعًا أو أكثر من مجموعة من الأحاسيس الجسدية، بما في ذلك خفقان القلب، وتسارُع النبض، والتعرق، والرعشة، وضيق التنفس، وألم الصدر، والدُّوار، والخوف من الموت، أو من فقدان السيطرة، أو من الجنون.
- وبعد شهر أو أكثر من الإصابة بالنوبة:

– القلق بشأن احتمال وقوع نوبة أخرى، أو بشأنِ ما تعنيه النوبة (أنها على سبيل المثال تشير إلى مرض جسدي أو عقلي خطِر)؛

– تغيير في السلوك بسبب النوبة (على سبيل المثال، تجنُّب المواقف المرتبطة بالهلع).

إذا عُدتَ إلى العنصر الأول في قائمة المعايير هذه، فستلاحظ كلمة «غير متوقعة». تُعَد الفُجائية أمرًا حاسمًا في اضطراب الهلع. فقد يصاب الشخص المصاب برُهاب الارتفاعات بنوبة هلع إذا طُلب منه أن يستقل المصعد، ولكن سبب ذلك الهلع سيكون واضحًا. في حالة اضطراب الهلع، لا بد أن تحدث نوبتان على الأقل دون سبب واضح. ومع ذلك،

وبمرور الوقت، غالبًا ما يدرك الشخص أن هناك مواقفَ معينة — مثل السوبر ماركت أو أثناء التنقل بالحافلات — من المرجَّح أن يصاب بالهلع فيها.

يعاني الكثير من المصابين باضطراب الهلع أيضًا رُهابَ الخلاء. وهذا أمرٌ منطقي لأن رُهاب الخلاء ليس في الواقع خوفًا من الأماكن المفتوحة، بل الخوف من التعرض لنوبةِ هلع في موقف يكون فيه الهروب مستحيلًا والمساعدة غير متاحة. لهذا السبب، لا يُنظر إلى رُهاب الخلاء في الوقت الحاضر على أنه فئة مميزة من الأمراض، بل يعتبر نتيجةً ثانوية لاضطراب الهلع. تشمل المواقف الشائعة التي يخشاها الأشخاص المصابون برُهاب الخلاء الوجودَ وسط حشد من الناس أو في وسائل النقل العام، أو عبور جسر أو استقلال مصعد، أو ببساطة الوجود بمفردهم، سواء في المنزل أو خارجه.

(٢) ما مدى شيوع اضطراب الهلع؟

يتعرض شخص واحد تقريبًا من بين كل خمسة أشخاص لنوبة هلع غير متوقعة، عادةً في أوقات التوتر الحاد. ومع ذلك، يُعتقد أن اضطراب الهلع يعانيه حوالي ٢٪ من السكان في أي وقت من الأوقات. عندما يتعلق الأمر بالمخاطر التي تدوم مدى الحياة، أفاد المسح القومي الأمريكي المكرَّر للاعتلال المشترك أن ٣٫٧٪ من البالغين عانَوا في مرحلةٍ ما اضطرابَ الهلع، وعانت نسبةٌ إضافية تبلغ ١٫١٪ اضطرابَ الهلع مصحوبًا برُهاب الخلاء.

يتطور اضطراب الهلع بشكل عام في مرحلة البلوغ؛ حيث تشير الدراسات الاستقصائية إلى ظهوره عند متوسط عمر يبلغ حوالي ٢٢ عامًا. ومع ذلك، وجد «ملحق المسح القومي الأمريكي المكرَّر للاعتلال المشترك المعني بالمراهقين» أن ٢٫٣٪ من المراهقين الذين تتراوح أعمارهم بين ١٣ و١٨ عامًا أفادوا بتعرُّضهم لهذا الاضطراب في مرحلةٍ ما.

اضطراب الهلع ما هو إلا نوع آخر من اضطراب القلق، وهو أكثر شيوعًا بين النساء منه بين الرجال، بنسبة اثنين إلى واحد في هذه الحالة.

(٣) ما الذي يسبِّب الهلع؟

في عام ١٩٥٩، أعطى الطبيب النفسي الأمريكي دونالد كلاين جرعةً من «الإيميبرامين» — وهو مضاد للاكتئاب كان قد طُوِّر حديثًا في ذلك الوقت — لعدد من المرضى الذين

كانوا على الأرجح يعانون اضطرابَ الهلع (ولو أن هذا المصطلح لم يكن مستخدَمًا في تلك الأيام). لم يكن كلاين متفائلًا بشأن هذا العلاج الجديد:

> كان الأمر يتعلَّق أكثرَ بعدم معرفتي بما يمكن أن أفعله من أجلهم بخلاف ذلك، والتفكير في أنه ربما قد ينجح هذا العنصر الآمن الجديد والغريب الذي يتمتع بقوًى مهدئة مميزة.

ولكن يبدو أن الإيميبرامين أحدثَ بعضَ التغييرات الملحوظة في مرضى كلاين: ففي غضون أيام قليلة، اختفت نوبات الهلع. ومع ذلك، ظلَّت مستويات القلق العامة لديهم دون تغيير جوهري. قاد هذا كلاين إلى التمييز بين الهلع والقلق، وهو ما كان أمرًا رائدًا. وجادل كلاين بأن الهلع ظاهرةٌ قائمة بذاتها، وليس — كما كان يُعتقد آنذاك — مجردَ سمة من سمات القلق. وبذلك، مهَّد كلاين الطريق لاكتشاف اضطراب الهلع. (كما اكتشف أيضًا أن رُهاب الخلاء كان نادر الحدوث في الأشخاص الذين لم يتعرضوا قط لنوبة هلع، وهو ما كان إنجازًا كبيرًا آخر.)

واصل كلاين البحث في الهلع، ووجد أنه يمكن أن يستثيره عن طريق إعطاء الأفراد جرعاتٍ من موادَّ مثل لاكتات الصوديوم، أو يطلب منهم استنشاق ثاني أكسيد الكربون. وخلَص إلى أن الهلع كان نتاجَ عمليات بيولوجية، وأنه بالتحديد ردُّ فعلٍ على النقص الملحوظ في الأكسجين الصالح للتنفس. (ترتفع مستويات اللاكتات في الدماغ عندما لا نستطيع التنفس كما ينبغي: على سبيل المثال، في حال وجود الكثير من ثاني أكسيد الكربون، والقليل جدًّا من الأكسجين في الهواء.)

> نقترح أن العديد من حالات الهلع التلقائي تحدُث عندما يشير جهاز مراقبة الاختناق في الدماغ خطأً إلى نقص الهواء الصالح، مما يؤدي بشكل غير ملائم إلى تشغيل نظام متطور للإنذار بالاختناق.

يظهر الخوف من الاختناق في بعض حالات الهلع. ولكن على مر السنين، تم التشكيك في الكثير من الأدلة على نظريات كلاين. فلم يتمكن أحدٌ، على سبيل المثال، من تحديد مكان وجود نظام إنذار الاختناق في الجسم. فضلًا عن ذلك، لاحظ العلماء أن الهلع يمكن أن يكون ناتجًا عن مجموعة هائلة من المواد التي تعمل على جوانبَ مختلفة من فسيولوجية الإنسان؛ مما يعني أنه لا توجد آلية بيولوجية واحدة مشاركة. وبالمثل، يمكن لعدة فئات من الأدوية

منْع نوبات الهلع. ولم يظهر على ما يقرُب من ٥٠٪ من الأشخاص الذين تناولوا لاكتات الصوديوم، على سبيل المثال، استجابةُ الهلع، مما يعني أن الهلع ليس ردَّ فعل حتمي.

تمثِّل البراهين المقنِعة على أن نوبات الهلع لها عنصر نفسي أهمَّ تحدٍّ لما قاله كلاين. على سبيل المثال، طلب رون رابي وزملاؤه من مجموعةٍ من الأشخاص الذين يعانون نوباتِ الهلع، ومجموعةٍ أخرى تعاني الرُّهابَ الاجتماعي، استنشاقَ مزيجٍ من ثاني أكسيد الكربون والأكسجين. لم يُخبَر نصف المشاركين بالنتيجة التي عليهم توقُّعها من عملية الاستنشاق؛ بينما حُذِّر النصفُ الآخر من أنهم قد يشعرون بأحاسيسَ مرتبطة بنوبة الهلع (على سبيل المثال، ضيق في الصدر، ضيق في التنفس، ودُوار).

لم يُحدِث حصولُ المشاركين، الذين يعانون الرُّهابَ الاجتماعي، على تفسيرٍ من عدمه فرقًا؛ فقد تفاعلوا مع استنشاق الغاز بنفس الطريقة بالضبط. ولكن الأمور كانت مختلفة جدًّا بالنسبة إلى المشاركين الذين يعانون نوباتِ الهلع. فقد كان الذين لم يُخبروا بما عليهم توقُّعه أكثرَ عرضةً للهلع ممن أُخْبِروا. أظهرت دراساتٌ مماثلة أنه، ببساطة، إذا أوهمت المشاركين بالتحكم في التجربة — على سبيل المثال، من خلال جعلهم يعتقدون (خطأً) أنه يمكنهم تقليلُ كمية أيٍّ من المواد المُعطاة — فمن المرجَّح أن تقل كثيرًا احتماليةُ إصابتهم بالهلع.

كانت مثل هذه التجارب حاسمةً في وضعِ تفسيرٍ نفسي للهلع، هذا التفسير لا يولي الأهميةَ الأساسية للعمليات الفسيولوجية، ولكن للأفكار. كان لأعمال ديفيد كلارك تأثير كبير في هذا الإطار. يقول كلارك ما يلي:

> تنجم نوبات الهلع عن التفسير الخاطئ الكارثي لبعض الأحاسيس الجسدية.

لذا، فإن ثاني أكسيد الكربون أو لاكتات الصوديوم أو أيًّا من البدائل التي لا تُعَد ولا تُحصى المستخدمةِ في الدراسات المختبرية لا تسبِّب الهلع، على الأقل ليس بشكل مباشر. ما يسبِّب الهلع هو «التفسير الخاطئ الكارثي» للتأثيرات الجسدية التي تُحدِثها تلك المادة.

دعونا نوضِّح نظرية كلارك بدراسة حالة مُتخيَّلة:

مَرَّ مارتن بأول نوبة هلع له قبل عامين. بدا لمارتن أن النوبة قد أصابته فجأةً دون سابق إنذار، ولكنه أدرك لاحقًا أنه كان يعاني ضغوطًا شديدةً عدةَ أسابيع لأن والده كان مريضًا بشدة. خلال نوبة الهلع الأولى تلك، كان مارتن مقتنعًا بأنه يُحتضَر بنوبة قلبية. على الرغم من تأكيد طبيبه له أن قلبه بصحة جيدة، فإنه في الأسابيع والأشهر التي تلت



شكل ٧-١: ديفيد كلارك هو رائد عالمي في فهْم اضطرابات القلق وعلاجها، ورائد في العلاجات المعرفية الجديدة التي غيَّرت النتائج السريرية لاضطراب الهلع، والرُّهاب الاجتماعي، واضطراب ما بعد الصدمة (وهذا إلى جانب زوجته الأستاذة الجامعية آنكي إيلرز). يشغَل كلارك منصبَ رئيس قسم علم النفس بجامعة أكسفورد، ومدير «مركز اضطرابات القلق والصدمات» في مستشفى مودسلي، وله أيضًا دورٌ محوري في الخدمة الصحية في المملكة المتحدة من خلال برنامج «تحسين سهولة الحصول على العلاجات النفسية» المميز.

ذلك، كان مارتن دائمًا يبحث عما كان يتخيَّل أنه علامات على توقُّف القلب الوشيك: على سبيل المثال، دقات قلبه الأسرع من المعتاد، الألم في الصدر، أو صعوبة التنفس. وعندما كان يلاحظ هذه التغييرات الجسدية، كان يقلق بشدة حتى إنه غالبًا ما كانت تتبع هذه التغييرات إصابته بنوبة هلع.

بمرور الوقت، أصبح مارتن أقلَّ قلقًا بشأن احتمال الإصابة بنوبة قلبية. وبدلًا من ذلك، تركَّز خوفه على احتمالية إصابته بنوبة هلع أخرى شديدة الإزعاج والإرهاق. على وجه الخصوص، كان يخشى فقدان السيطرة على نفسه أثناء نوبة الهلع. وهكذا، راقب مارتن أحاسيسه الجسدية عن كثَب أكثرَ من أي وقت مضى، وكلُّ ما تغير هو رؤيته حول ما تعنيه (نوبة الهلع وليس السكتة القلبية). أصبح مارتن مترددًا حيال مغادرة منزله خشيةَ أن يمرَّ بالتجربة «المهينة» لإصابته بنوبة هلع في مكان عام.

إذن نوبات الهلع التي تعرَّض لها مارتن نشأت في البداية عن طريق الخلط بين العلامات الطبيعية للتوتر أو القلق وأعراض الانهيار الوشيك وربما الموت. لاحقًا، نظر مارتن إلى هذه الأحاسيس الطبيعية على أنها مؤشرات على نوبة هلع كارثية وشيكة، وهو تفسير خاطئ ساعد، من المفارقة، في إنتاج الحدث عينه الذي كان يخشى وقوعه. بالمناسبة، ليست التغييرات الجسدية الناتجة عن القلق فقط هي التي يمكن أن تثير الهلع؛ إذ يمكن لأي إحساس غريب كما يبدو أن يتسبب في ذلك — على سبيل المثال، عند الدخول في النوم، أو عند ممارسة التمارين البدنية، أو بعد شرب الكثير من القهوة.

مثل العديد من الأشخاص المصابين باضطراب الهلع، كان مارتن شديدَ الحساسية للتغيرات الجسدية. برهن عالِما النفس بيتر بروور وآنكي إيلرز هذا الميل عندما طلبا من مجموعة من المتطوعين، وفي ذلك ١٢٠ شخصًا يعانون اضطراب الهلع، عدَّ نبضات قلوبهم بصمت دون قياس نبضهم. ما وجدوه هو أن مَن يعانون اضطرابَ الهلع كانوا أكثرَ دقةً في تقديراتهم من المشاركين الآخرين. وجدت الأبحاث الاستقرائية اللاحقة أن الأمر نفسه ينطبق على الأطفال الذين يعانون مشكلات اضطراب الهلع.

من المحتمل أن يُشَخَّص إحجام مارتن عن مغادرة منزله على أنه رُهاب الخلاء. في الواقع، يُعَد تجنُّبه مغادرةَ منزله من سلوكيات السلامة. تظهر مثل هذه السلوكيات بشكل بارز في معظم حالات اضطراب الهلع، تمامًا كما هو الحال في اضطرابات القلق الأخرى. بالبقاء في المنزل، حرم مارتن نفسه من فرصة معرفة أنه يمكنه المرور بأعراض نوبة الهلع دون وقوع أي شيء كارثي، سواء كانت نوبة قلبية أو فقدان السيطرة.

يأتي دعم نظرية التفسير الكارثي أيضًا من البحث في مؤشرات التنبؤ بحدوث نوبات الهلع؛ أي العوامل التي تجعل الناس عرضةً للهلع. قبل بضع سنوات، حصل علماء النفس نورمان شميت ودارين ليريو وروبرت جاكسون على إمكانية الوصول إلى أكثر من ألف شاب خضعوا لتدريب عسكري أساسي لمدة خمسة أسابيع في «أكاديمية سلاح الجو الأمريكي». يتسم التدريب بصعوبته الشديدة؛ إذ يتحمل المجندون تدريبات جسدية قاسية دون الحصول على قسط كافٍ من النوم، ويخضعون للملاحظة والتقييم المستمرين، وفي كثير من الحالات، تكون هذه هي المرة الأولى في حياتهم التي يبتعدون فيها عن عائلاتهم وأصدقائهم. بسبب ارتفاع مستوى التوتر، فقد لا يكون مفاجئًا أن يعاني بعض المجندين مشكلاتِ القلق والهلع.

لكن شميت وزملاءه وجدوا أن قابلية الإصابة بنوبات الهلع لم تكن عشوائية. على العكس من ذلك، يمكن توقُّع حدوثها من خلال العودة إلى مجموع النقاط التي سجَّلها

المجندون في اختبار نفسي محدد أجروه في بداية التدريب. يقيس هذا الاختبار «الحساسية للقلق» لدى الفرد، وهو مدى اعتقاد الشخص أن الأحاسيس الجسدية التي يشعر بها عند الانفعال أو القلق (مثل زيادة معدل ضربات القلب أو ضيق التنفس) مؤذية. كلما ارتفع تصنيف حساسية المجند للقلق، زادت احتمالية تعرضه لنوبة هلع.

قاد مثل هذا البحث بعض علماء النفس إلى اعتبار الحساسية للقلق عاملَ خطر للإصابة باضطراب الهلع. وهو ما يتلاءم بشكلٍ جيد تمامًا مع التفسيرات النفسية للهلع التي استكشفناها للتو: يمكن النظر إلى الحساسية للقلق على أنها ميلٌ أساسي نحو نوع من «التفسير الخاطئ الكارثي للأحاسيس الجسدية» الذي يُعتقد أنه يتسبَّب في اضطراب الهلع.

قد يتعزَّز هذا الميل من خلال مواقفنا من الهلع والمرض التي نشأنا عليها. أظهرت الأبحاث أن الأشخاص المعرَّضين لنوبات الهلع من المرجَّح أنهم شهدوا والديهم وهم قلقون للغاية أو تصيبهم نوبات هلع، ثم أساءوا تفسير ذلك الهلع على أنه علامة على المرض (فاعتبروه مثلًا، أمرًا طبيعيًّا تمامًا، أو طلبًا لمزيد من الاهتمام). ومن المرجَّح أيضًا أنهم قد عاشوا مع أشخاصٍ يعانون أمراضًا جسدية مزمنة، وهو ما قد يجعلهم حساسين بشكل خاص لأعراض المرض.

إذا أصبحت الحياة ضاغطة بصورة استثنائية، فقد يؤدي ذلك إلى حدوث نوبات هلع وربما الإصابة باضطراب الهلع. من ناحية أخرى، من المحتمل ألا تقيس الحساسية للقلق قابليةَ التعرُّض لنوبات الهلع في المستقبل، وإنما تقيس أعراض الهلع الحالية ذات المستوى المنخفض.

تم تحديد عوامل خطر أخرى. فعلى سبيل المثال، التعرض للإيذاء الجسدي أو الجنسي أثناء الطفولة يؤدي إلى زيادة ملحوظة في خطر الإصابة بنوبات الهلع في مرحلة البلوغ. تلعب العوامل الوراثية دورًا أيضًا، حيث تقدَّر نسبة قابلية وراثة اضطراب الهلع بحوالي ٤٠٪. في الواقع، أُشير إلى أن اضطراب الهلع قد يكون أكثرَ اضطرابات القلق قابليةً للوراثة. ومع ذلك، كما هو الحال مع الاضطرابات الأخرى، فإننا بعيدون كلَّ البعد عن معرفة أيٍّ من الجينات بالضبط التي تساعد في التسبب في اضطراب الهلع.

على الرغم من استمرار الجدل بين مؤيدي المنظور البيولوجي من ناحية ومؤيدي المنظور النفسي حول الهلع من ناحية أخرى، يميل حجم الأدلة وأهميتها لصالح الأخيرة. ربما يكون الدليل الأكثر دموغًا هو النجاح الملحوظ لعلاجات اضطراب الهلع القائمة على

أساس نفسي، وخاصة العلاج السلوكي المعرفي. تركِّز هذه العلاجات على تغيير طريقة تفكير الناس في أحاسيسهم الجسدية، وفي نوبات الهلع، وفي قدرتهم على التعامل معها. وإذا كان الهلع في الأساس استجابة بيولوجية تلقائية، فمن المفترض ألا يؤديَ تغيير أنماط التفكير إلى حدوث فرق كبير في العلاج.

الفصل الثامن

اضطراب القلق العام

> عندما أعود بذاكرتي إلى كل هذه المخاوف، أتذكَّر قصة الرجل العجوز الذي قال وهو على فراش الموت إنه واجه الكثير من المتاعب في حياته، معظمها لم يحدُث أبدًا.
>
> وينستون تشرتشيل

يستخدم الآباء في جواتيمالا أسلوبًا غير معتاد لمساعدة الأطفال على التغلب على مخاوفهم. يعطون الطفل حقيبةً صغيرة تحتوي على ست دمًى صغيرة مصنوعة من القماش والخشب. في كل ليلة، يخبر الطفل إحدى الدمى بشيء معيَّن يقلقه، ثم يضع الدمية تحت وسادته. تتمثل وظيفةُ الدمية في أخذِ ما يقلقه، والتخلُّص منه، ومن ثَم السماح للطفل بأن ينامَ قرير العين. يمكن لأحد الوالدين أخذُ الدمية أثناء الليل. ومن ثَم، عندما يستيقظ الطفل في الصباح، يكون قلقه قد اختفى مع الدمية.

تُعرف هذه الدُّمى باسم «مونييكاس كيتابيناس» وتعني حرفيًّا «الدمى التي تزيح المخاوف»، وعادةً ما يعطيها الآباء إلى أطفالهم، ولكن يستخدمها الكبار أيضًا. وهناك سبب لاستمرار استخدامها منذ عصور المايا: وهو أنه يبدو أنها مجدية بالفعل. وهذا ببساطة لأن التعبير عن مخاوفك غالبًا ما يكون كافيًا لتحييدها. إذا كنت، أو طفلك، تعاني القلقَ ليلًا، فقد ترغب في صنع الدُّمى الخاصة بك.

(١) ما هو اضطراب القلق العام؟

قد يكون مصطلح «اضطراب القلق العام» جديدًا بالنسبة إليك، ولكنك بكل تأكيد ستكون على دراية بمفهوم القلق. إليك تعريفًا للقلق:

> سلسلة من الأفكار والصور المحمَّلة بالتأثيرات السلبية [أي غير سارة انفعاليًّا]، ولا يمكن السيطرة عليها نسبيًّا؛ وهي تمثِّل محاولة للانخراط في حل مشكلةٍ

ما ذهنيًّا، هذه المشكلة تتعلق بمسألةٍ نتيجتها غير مؤكدة، ولكن قد يكون لها نتيجة واحدة أو أكثر سلبية.

على الرغم من اللغة الاصطلاحية المستخدَمة، فعلى الأرجح ستتعرف في هذا الوصف على تجربتك الخاصة فيما يخص القلق. عندما نشعر بالقلق، ننشغل بجانب من جوانب حياتنا، ونحاول توقُّع ما يمكن ألا يسير على ما يرام، وإذا حدث، فما هي العواقب التي قد تتبعه. (لهذا السبب أطلق بعض علماء النفس على القلق، تفكير «ماذا لو؟».) على الرغم من أننا قد نتخيل أن القلق يساعدنا في حل مشكلاتنا، فإن هذا غالبًا ما يكون وهمًا. نادرًا ما يكون القلق بناءً. فبدلًا من تحسين مزاجنا، يجعلنا عمومًا نشعر شعورًا أسوأ. وبمجرد أن نبدأ في القلق، قد يكون من الصعب التوقف.

إن وجود مستوًى معيَّن من القلق أمر طبيعي، كما يقول الطبيب والكاتب لويس توماس: «ربما نحن البشر، من بين كائنات الأرض، نتفرد بكوننا الحيوان القَلِق. إننا نفني حياتنا في القلق.» ولكن بالنسبة إلى بعض الناس، يمكن أن يخرج القلق عن السيطرة. تنطوي جميع اضطرابات القلق تقريبًا التي نتناولها في هذا الكتاب على الكثير من الهواجس، كما هو الحال مع العديد من أنواع المشكلات النفسية الأخرى، وخاصة الاكتئاب. (من حيث المبدأ، يتعلق القلق بالمشكلات المستقبلية، بينما يركز الاجترار، وهي سمةٌ من سمات الاكتئاب، على الأحداث الماضية. ومع ذلك، كلاهما أسلوبان متكرران في التفكير وربما ينتجان عن نفس العمليات.)

علاوة على ذلك، القلق هو السمة الأساسية لاضطراب القلق العام (GAD)، الذي يعرفه «الدليل التشخيصي والإحصائي للاضطرابات النفسية» الذي تصدره الجمعية الأمريكية للطب النفسي على النحو التالي:

- قلق مفرط، وغير واقعي، ولا يمكن السيطرة عليه.
- قلق يستمر لمدةٍ لا تقل عن ستة أشهر.
- ظهور ما لا يقل عن ثلاثة أعراض مما يلي: الأرق، والشعور بالضيق، والإجهاد، وصعوبة التركيز، وسرعة الغضب، والتشنج العضلي، ومشكلات النوم.
- مستويات عالية من الكرب و/أو تعطُّل جوهري في الحياة اليومية للشخص المصاب.

كما ستفهم من قائمة الأعراض هذه، يمكن أن يكون اضطراب القلق العام مرضًا منهكًا بشدة، وله آثار عميقة على حياة الشخص المهنية، وعلاقاته، ورفاهه العام. كما كتب ستانلي راتشمان عالم النفس الرائد في مجال القلق، قائلًا:

> يبذل الأشخاص المصابون [باضطراب القلق] قصارى جهدهم لتجنُّب المخاطر، وينخرطون في التدقيق بصورة متكررة، ويسعون إلى السلوك الحذِر ويوصون به، وينظمون حميتهم الغذائية بعناية، ويمارسون أقصى عادات النظافة، وينخرطون بشكل عام في السلوك الوقائي المفرط. وعلى الرغم من كل هذه المحاولات، فإنهم نادرًا ما يَبْلُغون شعورًا بالأمان أو الاطمئنان.

(٢) ما مدى شيوع اضطراب القلق العام؟

يشعر كل الناس تقريبًا بالقلق من وقت لآخر. ومع ذلك، يشعر البعض منا بالقلق بوتيرةٍ أكبرَ وأكثر حدة. تقول إحدى الدراسات:

- أفاد ٣٨٪ من الناس أنهم يقلقون مرةً واحدة على الأقل في اليوم. بينما يقلق ١٩٫٤٪ مرة كل يومين إلى ثلاثة أيام. ولا يقلق ١٥٪ سوى مرة في الشهر تقريبًا.
- بالنسبة إلى ٩٪ من الأشخاص، استمرت نوبات القلق لديهم ساعتين أو أكثر. بينما استمرت لدى ١١٪ من ساعة إلى ساعتين. ولدى ١٨٪ مدة تتراوح بين عشر دقائق وساعة؛ ولدى ٣٨٪ مدة دقيقة إلى عشر دقائق؛ وقال ٢٤٪ من السعداء إنهم شعروا بالقلق لأقل من دقيقة في المرة الواحدة.

يعاني حوالي ٣٪ من الأشخاص اضطرابَ القلق العام، وتتضاعف احتمالية إصابة النساء عن الرجال. وتشير الأبحاث إلى أن قرابة ٢٪ من الشباب قد عانوا اضطرابَ القلق العام حتى سن الثامنة عشرة، وتضرر ٠٫٣٪ منهم من المرض بشدة.

(٣) ما الذي يسبب اضطراب القلق العام؟

يُعَد اضطراب القلق العام مفهومًا جديدًا نسبيًّا، فقد ظهر في «الدليل التشخيصي والإحصائي للاضطرابات النفسية» لأول مرة في عام ١٩٨٠، ولم تصبح فئة تشخيصية قائمة بذاتها فعلًا إلا في تسعينيات القرن الماضي. يوضح هذا جزئيًّا سبب كون الأبحاث حول القلق تُعَد تطورًا حديثًا نسبيًّا، دون وجود تفسير واحد مهيمن.

ومع ذلك، كان هناك العديد من نظريات القلق المؤثرة، وسنبدأ هذا القسم بمناقشة الأسباب الأربعة الرئيسية لاضطراب القلق العام.

(٤) نظريات القلق

النموذج ما وراء المعرفي

تعني كلمة «ما وراء المعرفي» المعتقدات التي نتمسك بها حول أفكارنا. وتضع النظرية التي طوَّرها أدريان ويلز المعتقدات وراء المعرفية حول القلق في مركز اضطراب القلق العام.

يسلط ويلز الضوء على نوعين من المعتقدات ما وراء المعرفية: الإيجابية والسلبية. مثل العديد من الأشخاص، سواء كانوا يعانون مشكلةَ القلق أم لا، يميل الأفراد المصابون باضطراب القلق العام إلى اعتبار القلق أمرًا مفيدًا. قد يعتقدون، على سبيل المثال، أن القلق يساعدهم على توقُّع المشكلات وحلها، وأنه يوفِّر الحافز الضروري لمعالجة تلك المشكلات، أو أنه يعدهم للأسوأ إذا تعذَّر إيجاد حل. وعلى الرغم من إدراكهم أن هذا محض خرافات، فقد يشعرون أنه من خلال القلق بشأن حدثٍ ما، يمكنهم منع حدوثه.

من الواضح أن الشخص الذي يفكِّر في القلق بمثل هذه الطريقة الإيجابية، قد يختار الشعور به في مواقفَ كثيرة. لكن الأشخاص الذين يعانون اضطرابَ القلق العام، على عكس الأفراد القلقين الآخرين، لديهم أيضًا عددٌ من الآراء السلبية عن القلق: لا سيما أن القلق لا يمكن السيطرة عليه — فبمجرد أن تبدأ الشعور بالقلق، يكاد يكون من المستحيل التوقُّف، وأن القلق خطِرٌ — كعلامة على الجنون الوشيك، على سبيل المثال.

إن هذا المزيج المؤلم من الآراء الإيجابية والسلبية حول القلق هو ما يميز اضطراب القلق العام، ويجعل الحياة بائسة لمن يعانونه. هؤلاء الأشخاص يقلقون لأنهم يشعرون أن هذا هو الشيء الصحيح الذي ينبغي فعله، ومع ذلك، فالقلق مصدرُ كرب كبير. في الواقع، لقد ساعدت هذه النظرية في إظهار أن الأشخاص المصابين باضطراب القلق العام يقلقون حتى من القلق نفسه.

نظرية التجنُّب المعرفي

على نحوٍ مختلف، يقول توم بوركوفيتش من جامعة ولاية بنسلفانيا إن القلق هو في الأساس استراتيجية تجنُّب. ما نتجنَّبه هو الحاضر، ونحن نتجنب الحاضر عندما نقلق بالتركيز على المستقبل. يقترح بوركوفيتش أن هذا التجنب يتخذ ثلاثة أشكال.

أولًا: نشعر بالقلق لأننا نعتقد أنه سيساعدنا على منع حدوث كارثة أو، إذا حدثت، يساعدنا في التعامل معها.

ثانيًا: القلق بشأن تهديدات تافهة نسبيًّا أو مستبعدة يصرف انتباهنا عن مشكلاتٍ أكثر خطورة. يلاحظ بوركوفيتش، على سبيل المثال، أن الأشخاص الذين يعانون اضطراب القلق العام يفيدون بتعرُّضهم لصدمات أكثر، ويعانون علاقات أسوأ.

أخيرًا: يكبت القلق المشاعر، مما يسمح لنا بتجنب التأثير الانفعالي الكامل للحدث المخيف. يقول بوركوفيتش إن القلق في الأساس تفكيرٌ لفظي. والتفكير اللفظي وسيطٌ غير جيد للانفعالات. لكي نشعر حقًّا بشيء ما، نحتاج إلى تصوره، ولكن القلق يصرف انتباهنا عن مثل هذه الصور. ويستشهد بوركوفيتش بالبحث الذي يشير إلى أن القلق يقلل من التيقظ الجسدي (مثل معدل ضربات القلب) استجابةً للصور المهددة. ويخلص إلى ما يلي:

> باختصار، قد يفلِت الأشخاص القلقون من وطأة الصور المخيفة بالتركيز على قناة الاتصال اللفظية أثناء التفكير في المستقبل بعبارات مجردة، مثل «سيحدث شيء مروع»، مع القليل من التفاصيل الملموسة.

عدم تحمُّل اللايقين

بالنسبة إلى نعومي كورنر وميشيل دوجاس، يقوم اضطراب القلق العام على «عدم تحمُّل اللايقين»:

> يعتقد الأفراد الذين لا يتحملون اللايقين أنه أمرٌ مرهق ومزعج، وأن عدم اليقين بشأن المستقبل أمر غير عادل، وأن الأحداث غير المتوقعة سلبية ويجب تجنبها، وأن عدم اليقين يتعارض مع قدرة الفرد على أداء وظائفه.

يكاد يكون القلق، وفق تعريفه، هو محاولة لتوقُّع الأحداث المستقبلية غير المؤكدة والسيطرة عليها. ومن ثَم، يبدو من المنطقي أن الأشخاص الذين يعانون عدمَ التحمل الشديد لكل ما هو غير مؤكد، سيعانون القلقَ الدائم.

يتكهَّن كورنر ودوجاس بأن التطور من عدم تحمُّل اللايقين إلى القلق قد يتأثر بثلاثة عوامل. الأول هو المعتقدات الإيجابية حول القلق التي تطرَّقنا إليها عند مناقشة

النموذج ما وراء المعرفي. والثاني هو أشكال التجنب المعرفي التي حدَّدها بوركوفيتش. والثالث هو الاعتقاد، الذي يؤمن به العديد من الأشخاص المصابين باضطراب القلق العام، بأنهم يفتقرون لمهارة في حل المشكلات: «نظرًا لوجود درجة من اللايقين متأصلة في معظم المشكلات، فمن السهل أن نرى كيف يمكن أن يشعر الأفراد المصابون باضطراب القلق العام بالإحباط والارتباك حتى في حل المشكلات البسيطة»، وهو ما يزيد من قلقهم ويؤجج توترهم.

نظرية المزاج كمُدْخَل

وضع عالم النفس البريطاني جراهام ديفي نظريةَ المزاج كمُدْخَل للقلق، على الرغم من أنها وُضِّحَت بصورة جيدة من خلال تجربة أجراها باحثون آخرون قبل بضع سنوات. وُضِع نصف المشاركين في التجربة في مزاج سيئ، والنصف الآخر في مزاج جيد. ثم طُلب من كلٍّ منهم وضع قائمة بأسماء الطيور. قيل لنصفهم إنهم يستطيعون التوقف عندما يشعرون بالرغبة في ذلك (قاعدة التوقف التي تُعرف بـ «الشعور بالرغبة في الاستمرار») وقيل للنصف الآخر أن يستمروا حتى يستنفدوا كل الأسماء التي يعرفونها (قاعدة التوقف التي تُعرف بـ «قدر المستطاع»).

اعتمدت استجابة المشاركين لقواعد التوقف هذه على مزاجهم. بالنسبة إلى مجموعة «الشعور بالرغبة في الاستمرار»، فقد صمد مَن يشعرون بالتفاؤل فترةً أطولَ ممن يعانون مزاجًا سيئًا. ولكن الوضع كان معكوسًا في مجموعة «قدْر المستطاع»، فمن كانوا في حالة مزاجية سيئة كانوا أكثر ميلًا للإصرار على إتمام المهمة.

يجادل ديفي بأن هذه التجربة تتضمن سمتين أساسيتين للقلق الحاد. الأولى هي حقيقة أن إحساسنا بما إذا كنا قد أكملنا مهمةً ما بشكل مُرْضٍ أم لا يعتمد غالبًا على مزاجنا، وليس على أي قياس موضوعي. ينطبق هذا بصفة خاصة على المهام التي ليس لها نقطة نهاية واضحة، مثل القلق. يشير المزاج السيئ إلى أن المهمة لم تكتمل. ومن ثَم، من المرجَّح أن يشعر الشخص الذي يشعر بالقلق أو التعاسة — كما يشعر الأشخاص المصابون باضطراب القلق العام عمومًا — بأنه لم يقلق بدرجة كافية بعد.

النقطة الثانية هي أن مَن يقلقون باستمرار يميلون إلى استخدام قاعدة التوقف «قدْر المستطاع». قد يرجع هذا جزئيًّا، كما يبدو، إلى وجودِ ميل طبيعي لاختيار مثل هذه القاعدة عندما نشعر بالإحباط، وجزئيًّا لأن الأشخاص القلقين غالبًا ما يتمسكون ببعض

المعتقدات الصارمة إلى حدٍّ ما، على سبيل المثال: أن القلق ضروري إذا كانت هناك رغبة في تجنب وقوع كارثة؛ وأن الكمال فقط هو ما سيفي بالغرض؛ وأن عدم اليقين غير مرغوب فيه. ولكن اتباع قاعدة التوقف «قدْر المستطاع» يمكن أن يكون صعبًا. ومع الأنشطة ذات النهايات المفتوحة مثل القلق، نادرًا ما تظهر نتيجةٌ واضحة في الأفق.

(٥) اضطراب القلق العام من منظور بيولوجي

ما الذي نعرفه عما يحدث في الدماغ عندما نشعر بالقلق؟ لا تزال الأبحاث العصبية حول القلق في مراحلها المبكرة، ولكن بعض المعلومات قد خرجت إلى النور بالفعل.

في إحدى الدراسات، طلب العلماء من الأشخاص الذين يعانون اضطرابَ القلق العام والأفراد الذين لا يعانون القلقَ قضاء بعض الوقت في التفكير في مجموعة متنوعة من الوجوه والجمل، والتي لم يكن لبعضها وَقْع انفعالي، بينما صُمِّم البعض الآخر لاستثارة القلق. أثناء أداء المهمة، سُجِّل النشاط الدماغي للمشاركين في ماسح التصوير بالرنين المغناطيسي الوظيفي (fMRI).

بالنسبة لكلٍّ من المجموعة المصاب أفرادها باضطراب القلق العام وتلك التي لا يعاني أفرادها من القلق، نشطت نفس مناطق الدماغ عند الشعور بالقلق. كانت هذه المناطق هي قشرة الفص الجبهي الإنسي، والتي تلعب دورًا مهمًّا في أفكارنا عن أنفسنا؛ ومنطقة القشرة الحزامية الأمامية، والتي — من بين مهامَّ أخرى — تشارك في حل المشكلات ومعالجة الانفعالات. ولكن كان هناك فرق بين المجموعتين. في الأفراد المصابين باضطراب القلق العام، ظلت مناطق الدماغ «القلقة» نشطةً حتى عندما طُلب منهم التوقف عن التفكير في الجملة أو الوجه والاسترخاء بدلًا من ذلك. إننا نعلم أن الأشخاص الذين يعانون اضطرابَ القلق العام يجدون صعوبةً بالغة في التوقف عن القلق، وتوفِّر هذه التجربة التأكيد العصبي على ذلك.

وفيما يخص التأثيرات الجينية، تشير الأدلة إلى أن هذه التأثيرات أقلُّ أهميةً بالنسبة إلى اضطراب القلق العام من العديد من اضطرابات القلق الأخرى. صحيح أن الاضطراب يبدو أنه يسري في العائلات، إلى حدٍّ ما على الأقل، ولكن يبدو أنه ينتج عن عواملَ بيئية في المقام الأول. لم يُعْثر على أي تأثير وراثي على الإطلاق في دراستين متطابقتين، بينما قدَّرت ثلاث دراسات أخرى الوراثة بنسبة حوالي ٢٠٪. علاوة على ذلك، فالقابلية الجينية للإصابة باضطراب القلق العام قريبة جدًّا بالفعل من الاكتئاب، مما دفع بعض الباحثين

إلى اقتراحِ أنه «من منظور جيني، يبدو أن اضطراب الاكتئاب الشديد (MD) واضطراب القلق العام هما نفس الاضطراب».

(٦) اضطراب القلق العام من منظور اجتماعي

قد يبدو أن اضطراب القلق العام والاكتئاب متطابقان ظاهريًّا من حيث التأثير الجيني، ولكن تظهر اختلافاتٌ أكبر بينهما إذا نظرنا إلى عواملِ الخطر الطويلة المدى لكل اضطراب.

اكتشف الباحثون الذين تابعوا ألف مواطن نيوزيلندي من سن الرضاعة حتى بلغوا ٣٢ عامًا، أنه على الرغم من أن الاكتئاب السريري واضطراب القلق العام يشتركان في بعض عوامل الخطر، فإن الاختلافات بينهما أكبرُ بكثير. يرتبط الاكتئاب بتاريخ عائلي من الإصابة بالمرض وبمشكلات في مرحلة المراهقة. على الجانب الآخر، يرتبط اضطراب القلق العام ارتباطًا وثيقًا بتجارب الطفولة، ولا سيما الخلفية الاجتماعية والاقتصادية المتدنية؛ وطريقة التنشئة التي تتسم بالقلق أو العدائية أو الإساءة؛ والتثبيط السلوكي؛ والميل إلى القلق أو التعاسة أو الخوف؛ والمشكلات السلوكية مثل التنمر، والعراك، والسرقة، ونوبات الغضب، والكذب.

وبالمثل، عندما أجرى علماء النفس مقابلةً مع مجموعة من أطفال المدارس الابتدائية الهولندية، وجدوا أن الأطفال الذين اعتبروا والديهم قلقين أو رافضين لهم، أبلغوا عن مستويات أعلى من القلق. ونفس الشيء قاله مَن رأوا أنفسهم أنهم «متعلقون بشكل غير آمن» — مما يشير إلى مشكلة جوهرية في علاقتهم بوالديهم (لمزيد من المعلومات حول أنماط التعلق، انظر القسم المعنون «نمط التعلق» في الفصل الثالث). من الواضح أن الباحثين كانوا يعتمدون على روايات الأطفال أنفسهم. وليس من المستحيل أن يكون الأطفال الذين أبلغوا عن صعوبات في التنشئة فعلوا ذلك «لأنهم» كانوا عرضةً للقلق. ومع ذلك، يعزِّز البحث الصلةَ بين القلق وتجارب الطفولة التي اقترحتها الدراسة النيوزيلندية.

الفصل التاسع

اضطراب الوسواس القهري

هل سبق لك أن غادرت المنزل ثم عُدت بسرعة، ربما عدة مرات، للتحقق من أنك قد أغلقت الباب الأمامي أو أطفأت الموقد؟ هل سبق لك أن وجدت نفسك تفرغ حقيبتك مرةً أخرى في طريقك إلى المطار فقط لتتأكد من أنك لم تنسَ جواز سفرك؟ وهل تشعر أحيانًا بالحاجة إلى غسل يديك بشكل متكرر بعد دخول دورة المياه أو لمس شيء متسخ؟

ماذا عن الأفكار الغريبة التي تخطر ببالك وكأنها تأتي من العدم؟ هل سبق لك أن وجدت نفسك تفكر، على سبيل المثال، أنك على وشْك ضرب شخصٍ ما؟ أو أنك على وشْك الصراخ أو التلفظ بالشتائم في أكثرِ المواقف غير الملائمة لذلك، ربما في جنازة أو في مكتبة؟

إذا أجبت بنعم على أيٍّ من هذه الأسئلة، فلا داعيَ للقلق. فعليًّا، يشعر الجميع برغبات مفاجئة كهذه من حين لآخر. وقد تبدو أحيانًا غريبة جدًّا. فيما يلي مجموعة مختارة من هذه الرغبات تطوَّع أفراد من عامة الناس بمشاركتها:

- رغبة مفاجئة ملحة بدفع شخصٍ ما أمام القطار.
- تمني الموت لشخصٍ ما.
- التفكير في إلقاء طفل أسفل الدَّرج.
- صورة متخيَّلة لتعرضك لحادث سيارة ومحاصر تحت الماء.
- هواجس الإصابة بمرضٍ من لمس مقعد المرحاض.
- هاجس بوجود وسخ دائم على يدي.
- رغبة مفاجئة ملحَّة لقول شيءٍ مؤذٍ نفسيًّا.
- التفكير في قول شيءٍ ما دون تفكير في الكنيسة.
- التفكير في ممارسات جنسية «غير سوية».
- هاجس باشتعال الأجهزة الكهربائية وأنا خارج المنزل.
- هاجس بتعرُّض بيتي للاقتحام.

- هاجس أنني لم أَشدَّ فرامل اليد في سيارتي كما ينبغي، وأن السيارة ستتحرك وتصطدم بالسيارات الأخرى أثناء غيابي.

(١) ما هو اضطراب الوسواس القهري؟

بالنسبة إلى نسبةٍ صغيرة من الناس، يمكن أن تخرج هذه الأفكار والرغبات الطبيعية عن السيطرة وتهيمن على حياتهم وتتطوَّر إلى مجموعة شديدة القوة والإزعاج من المخاوف والطقوس التي تُعرف باسم «اضطراب الوسواس القهري» (وتُعرف اختصارًا بـ OCD).

يختلف معنى كلمة «وسواس» في هذا السياق اختلافًا كبيرًا عن معناها الشائع. ففي اضطراب الوسواس القهري يكون المقصود بكلمة «وساوس» أفكارًا وصورًا ورغباتٍ ملحَّة مزعجة وغير مرغوب فيها تتكرر باستمرار، أحيانًا طوال النهار والليل. تكون هذه الوساوس مزعجة بشدة لدرجة تدفع مَن يعانون الوسواسَ القهري إلى استخدام مجموعة متنوعة من الطقوس الدقيقة والمستهلَكة للوقت في محاولةٍ لجعلِ هذه الوساوس تختفي، أو لمنع الضرر الذي يبدو أنهم يتوقعون حدوثه. تسمَّى هذه الطقوس بالسلوكيات «القهرية» ويمكن أن تكون أفعالًا (التحقق من أن منزلك نظيف تمامًا، على سبيل المثال) أو أفكارًا (مثل تكرار عبارة «تحييدية» بعينها في ذهنك).

(بالمناسبة، التسمية «اضطراب الوسواس القهري» (obsessive-compulsive disorder) نتاج لحل وسط. عندما تُرجِم مصطلح الطب النفسي الألماني Zwangvorstellung — الذي يعني حرفيًّا «الأفكار التي لا يمكن مقاومتها» — إلى اللغة الإنجليزية، اختار البريطانيون كلمة «وساوس»، واختار الأمريكيون «أفكارًا قهرية».)

من المرجَّح أن يُشخَّص الفرد بالوسواس القهري إذا:

- كانت تراوده أفكار أو رغبات أو صور غير مرغوب فيها وغير ملائمة على نحو دائم.
- كانت هذه الأفكار أو الرغبات أو الصور مزعجة، وليست مجرد هواجس مُبالغ فيها بشأن مشكلات الحياة الواقعية.
- كان يحاول تجاهُل الأفكار أو قمعها.
- كان يدرك أن الأفكار نتاج عقله نفسه.
- كان ينخرط في أفعال أو أفكار متكررة وطقسية (أي سلوكيات قهرية) لمواجهة وساوسه.
- كانت السلوكيات القهرية تهدُف إلى تقليل الإزعاج الذي تسبِّبه الوساوس، أو منع حدثٍ مخيفٍ من الحدوث، ولكنها سلوكيات متطرفة وغير واقعية.

- كان قد أدرك أن الوساوس أو السلوكيات القهرية غير معقولة (غالبًا ما يأتي هذا الإدراك ثم يذهب، بناءً على حالة الشخص الشعورية).
- كانت الوساوس أو السلوكيات القهرية تسبب إزعاجًا كبيرًا، وتستغرق أكثرَ من ساعة في اليوم، أو لها تأثير كبير على حياة الشخص الطبيعية.

في أكثر أشكاله حدة، يمكن أن يكون لاضطراب الوسواس القهري تأثير مدمر، حيث يستهلك الكثير من وقت الشخص بحيث لا يستطيع الاستمرارَ في ممارسة حياته الطبيعية. فليس من المستغرب أن يقضيَ شخص يعاني مخاوفَ بشأن التلوث، على سبيل المثال، ساعات طويلة في الاغتسال والاستحمام كل يوم. ويمكنك تكوين فكرة عن مدى الخطورة المحتملة لاضطراب الوسواس القهري من حقيقة أن هذا النوع من اضطرابات القلق هو الأكثر تسببًا في دخول المريض إلى المستشفى من بين اضطرابات القلق الأخرى.

في بعض الأحيان يكون هناك علاقة منطقية بين السلوك القهري والوسواس (مثل الاغتسال باستمرار نتيجةً للخوف من الإصابة بمرض). ولكن في حالات أخرى، لا يوجد سبب واضح ومفهوم (فعلى سبيل المثال، قد يمارس الشخص طقوس عَد لمنع تعرُّض أحبائه للأذى). ويعاني الغالبية العظمى من الأشخاص الذين لديهم وساوسُ، سلوكياتٍ قهريةً أيضًا، ولكن يمكن أن يحدث كلٌّ منها بشكل مستقل.

يُعدُّ اضطراب الوسواس القهري فئةً متباينة ومتنوعة إلى حدٍّ ما؛ إذ يشمل مجموعةً واسعة جدًّا من المخاوف والأعراض. وفي محاولةٍ لتوضيح هذا التنوع، حدَّد العلماء خمسة «أبعاد» للاضطراب:

الوسواس	السلوك القهري
الإيذاء، أو الفشل في منع الأذى	التحقق، السعي إلى الطمأنينة
التناسق	التنظيم والعَد
التلوث	الاغتسال والتنظيف
الجنس، العنف، الدِّين	سلوكيات متنوعة
الاكتناز (الحصول على أشياء تبدو للآخرين منعدمة أو قليلة القيمة والاحتفاظ بها)	الجَمع

ومع هذا الجهد المبذول للتنظيم، ما زال الجدل حول ما يجب أن يصنَّف على أنه حالة اضطراب وسواس قهري قائمًا. على سبيل المثال، يرى بعض الخبراء أن الاكتناز هو شكل مميز من أشكال المرض في حد ذاته. ويرى البعض الآخر أن بعض الوساوس الدينية لا ينبغي اعتبارها نوعًا من اضطراب الوسواس القهري وإنما على أنها «اضطراب القلق الديني».

(٢) ما مدى شيوع اضطراب الوسواس القهري؟

كما رأينا، فالأفكار الدخيلة طبيعية، حيث يمر بها قرابة ٨٠٪ من الأشخاص من وقت لآخر. تشير التقديرات إلى أن الشخص العادي لديه حوالي ٤٠٠٠ فكرة كل يوم، معظمها يستمر حوالي خمس ثوانٍ. حوالي ١٣٪ من هذه الأفكار (أي حوالي ٥٠٠ فكرة) تظهر في أذهاننا بشكل عفوي.

ما يقرُب من ٢ إلى ٣٪ من الناس يصابون بالوسواس القهري في مرحلةٍ ما من حياتهم. قدَّر المسح القومي الأمريكي المكرَّر للاعتلال المشترك الحديث أن ١٫٢٪ ممن خضعوا للدراسة قد عانوا الوسواسَ القهري خلال الاثني عشر شهرًا السابقة، وأن ٢٫٣٪ منهم عانوه في مرحلةٍ ما من حياتهم. كانت أكثر أشكال المرض شيوعًا هي التحقق من الأشياء والاكتناز والتنظيم. في المتوسط، استهلكت الوساوس ٥٫٩ ساعات في اليوم، واستهلكت السلوكيات القهرية ٤٫٦ ساعات. نظرًا لمقدار الوقت الذي يستهلكه الوسواس القهري، فمن غير المستغرب أن ما يقرُب من ثلثي مَن عانوا المرضَ في العام السابق ذكروا أنه قد أثَّر بشدة على حياتهم اليومية.

كما رأينا، يبدو أن العديد من اضطرابات القلق منتشرة بين النساء أكثر من الرجال. ولكن في حالة اضطراب الوسواس القهري، فالصورة أقلُّ وضوحًا؛ إذ أفاد المسح القومي الأمريكي المكرَّر للاعتلال المشترك أن النساء معرَّضات لخطر الإصابة بنسبةٍ أكبر بكثير من الرجال، ومع ذلك لم تَجِد دراسات أخرى فروقًا بين الجنسين.

يمكن أن يتطور الوسواس القهري في أي عمر، ولكن غالبًا ما يحدث أثناء المراهقة المتأخرة أو بداية مرحلة البلوغ (وفقًا للمسح القومي الأمريكي المكرَّر للاعتلال المشترك، كان متوسط العمر لبداية ظهور الاضطراب ١٩٫٥ سنة).

(٣) ما الذي يسبب اضطراب الوسواس القهري؟

(٣-١) اضطراب الوسواس القهري من منظور نفسي

حتى سبعينيات القرن الماضي، كان معظم المتخصصين في الصحة النفسية ينظرون إلى اضطراب الوسواس القهري من خلال عدسة التحليل النفسي، التي نظرت إلى الوساوس على أنها ظهور مفاجئ لرغبات عميقة، وغريزية، جنسية بالأساس، وإلى السلوكيات القهرية على أنها محاولات للسيطرة على هذه الرغبات. وكان يُنظر إلى إقناع الشخص المصاب بالوسواس القهري بالتخلي عن سلوكياته القهرية على أنه وسيلة مؤكَّدة لدفعه إلى الذُّهان (المصطلح التقني للجنون).

بدأ هذا الإجماع يتغير مع العمل الرائد للعلماء المؤيدين لعلم النفس السلوكي أمثال ستانلي راتشمان. جادل السلوكيون بأن الوساوس تنشأ من القلق المشروط. على سبيل المثال، قد يصبح الشخص الذي يتعلم الخوف من التلوث قلِقًا عند رؤية الملوثات أو عند مجرد التفكير فيها. ولكن عندما يغتسل، سرعان ما يهدأ قلقُه. ولأن الاغتسال يجعله يشعر بتحسُّن كبير، سيفعله مرةً أخرى في المرة التالية التي يشعر فيها بالقلق (وهذا مثال على التعزيز الإيجابي).

لكنَّ راتشمان وزملاءه أوضحوا أنه ليس من الضروري استخدام السلوكيات القهرية لتقليل القلق الناجم عن الوساوس. يتعلم المرضى فيما يعرف بعلاج «التعرض ومنع الاستجابة» الامتناعَ عن الاستجابة القهرية. وما اكتشفوه هو أن قلقهم يقلُّ من تلقاء نفسه. ومن ثَم، تُكْسَر الحلقة المدمِّرة للوسواس والسلوكيات القهرية، وعادةً ما يتبع ذلك تحسُّن دائم في أعراض الوسواس القهري.

بُنيت النظريات المعرفية للوسواس القهري على أفكار المناهج السلوكية. صاغ بول سالكوفسكيس النموذج الرئيسي، وهو يجادل بأن ما يميز الشخص المصاب باضطراب الوسواس القهري ليس الرغبات المزعجة والدخيلة — كما رأينا، يمر الجميع تقريبًا بهذه الرغبات — ولكن بالأحرى الطريقةُ التي يفسِّر بها مثل هذه الرغبات.

وفقًا لسالكوفسكيس، يكمُن في جوهر هذا التفسير فكرةُ أن الشخص «قد يكون، أو ربما كان، أو قد يصبح مسئولًا عن الأذى أو عن منعه» (إما أذى نفسه أو الآخرين). لذا، قد يعتقد الشخص المصاب بالوسواس القهري أنه إذا لم يغتسل أو ينظِّف منزله باستمرار، فسيصاب هو أو أحباؤه بمرض مميت. قد يعتقد الشخص الذي يعاني أفكارًا

عنيفة أن مثل هذه الأفكار تُثبِت أنه يشكل خطرًا على الآخرين. وقد يخشى الفرد الذي يتخيل صورةَ منزله وهو يحترق من حدوث هذا ما لم يتحقَّق مرارًا وتكرارًا من أنه قد أطفأ الأجهزة الكهربائية. يجادل سالكوفسكيس بأن مشاعرَ المسئولية هذه ناتجة بشكل عام عن تجارب الحياة المبكرة، مثل التوجهات التي اتبعها الأبوان في تنشئتنا.

من المفهوم أن مثل هذه المشاعر يمكن أن تسبب قلقًا كبيرًا. يحاول الشخص المصاب بالوسواس القهري تحريرَ نفسه من هذا القلق (ومنع الكارثة التي يخشاها) من خلال سلوكياته القهرية. لسوء الحظ، فعلى الرغم من أن السلوكيات القهرية قد تسبِّب الراحة على المدى القصير، فإنها على المدى الطويل لا تؤدي إلا إلى استمرارية القلق بل وزيادته فعلًا. يرجع هذا إلى عدة أسباب:

- السلوكيات القهرية تجذب انتباه الشخص إلى التفكير الوسواسي، مما يجعله أكثرَ عرضة للتكرار.
- السلوكيات القهرية هي شكل من أشكال سلوكيات السلامة. وكما رأينا، تمنعنا سلوكيات السلامة من اكتشاف أن قلقنا مُبالغ فيه؛ فالشخص الذي يتجنَّب الاتصال الجسدي مع الآخرين لأنه يخاف من التلوث لا يمكنه معرفة أنه لا يمكن الإصابة بمرض من خلال المصافحة.
- تنطوي السلوكيات القهرية في كثير من الأحيان على أهدافٍ غير واقعية. فبغض النظر عن الاحتياطات التي نتخذها، لا يمكننا أبدًا التأكد من عدم وقوع حادث. فمهما قضينا وقتًا في الاغتسال والتنظيف، فمن المؤكد أننا لن نصل إلى النظافة المطلقة. والرغبة في اليقين التام تجعل الشخص المصاب بالوسواس القهري يشعر بأنه يمكنه دائمًا فعلُ المزيد، مما يؤدي إلى تأجيج قلقه.
- تؤدي العديد من السلوكيات القهرية إلى نتائجَ عكسية وهي مضرة بطبيعتها. على سبيل المثال، غالبًا ما يحاول الأشخاص المصابون بالوسواس القهري كبْت وساوسهم. ولكن محاولة عدم التفكير في شيء يمكن أن تزيد من احتمالية تفكيرك فيه، لا أن تقلِّلها. (يمكنك تجربة ذلك مثلًا: حاول ألا تفكر في الدببة البيضاء.) ويوجد دليل على أن الأشخاص المصابين بالوسواس القهري أقلُّ قدرة على كبْت الأفكار من غيرهم.
- الفحص المتكرر للأشياء سمةٌ شائعة لاضطراب الوسواس القهري. ومع ذلك، فالفحص لا يؤدي إلى اليقين؛ بل في الواقع، كلما زاد فحص الشخص لشيءٍ ما (حتى لو لم يكن يعاني مشكلات نفسية)، كلما قلَّت ثقته. وهذا لأن الفحص المتكرر يقلِّل من

قوة ذاكرتنا، ولكن ليس دقتها. ولأن الذاكرة تبدو أضعفَ، فإننا لا نثق بها، ومن ثَم نتحقق منها مرة أخرى وهكذا.

يُعلِّم العلاج السلوكي المعرفي الذي طوَّره سالكوفسكيس وزملاؤه الشخصَ المصاب بالوسواس القهري تغييرَ الطريقة التي يفسِّر بها أفكارَه الاندفاعية — واعتبارها أفكارًا طبيعية لا تنطوي على تبِعات، بدلًا من كونها رسائل مهلِكة تذكِّرك بمسئوليتك الشخصية — والتخلي عن السلوكيات القهرية التي تغذي قلقه.

(٣-٢) المنظور البيولوجي

من الناحية العصبية، يختلف الوسواس القهري عن اضطرابات القلق الأخرى. يُعتقد أن الأخيرة، كما رأينا في الفصل الثاني، تنطوي على مشكلات في اللوزة الدماغية، والفصين الجبهيين، و/أو الحُصين. من ناحية أخرى، يبدو أن الوسواس القهري يتميز بخلل وظيفي في دائرةٍ تضم القشرة الأمامية الحجاجية والقشرة الحزامية الأمامية والجسم المخطَّط والمهاد.

(بالمناسبة، يُعتقد أن سلوك الاكتناز تشترك فيه مناطقُ مختلفة من الدماغ، وهذا هو أحد الأسباب التي تجعل بعض العلماء يشعرون أنه لا ينبغي تصنيفه على أنه شكل من أشكال الوسواس القهري. في الواقع، يقترح البحث الذي قاده ديفيد ماتاي-كولز أن سلوكيات الاغتسال والفحص والاكتناز تتطلب أنظمةً عصبية مختلفة ولكنها متداخلة جزئيًّا.)

في حالات الوسواس القهري الشديدة بشكل خاص، أي الحالات التي لا تستجيب للعلاج النفسي ولا للأدوية، يمكن إجراء جراحة. (الوسواس القهري هو اضطراب القلق الوحيد الذي يُعالج بجراحة المخ والأعصاب). تهدُف العملية، التي يُطلق عليها بَضْع التلفيف الحزامي الثنائي الجانب، إلى كسرِ الدائرة العصبية للوسواس القهري الموجودة في القشرة الحزامية الأمامية. يُعَد معدَّل النجاح معتدلًا؛ إذ وجدت دراسة أُجريت على ٤٤ مريضًا ممن أُجريت لهم العملية الجراحية في مستشفى ماساتشوستس العام منذ عام ١٩٨٩ أن ٣٢٪ تحسَّنوا بشكل ملحوظ، و١٤٪ آخرين شعروا بفائدة جزئية. خضع بعض هؤلاء المرضى لأكثر من جراحة بَضْع التلفيف الحزامي الثنائي الجانب.

يبدو أن الوسواس القهري يسري في العائلات، ولكن ليس بدرجة كبيرة. يزيد وجود قريب من الدرجة الأولى مصاب بالوسواس القهري من مخاطر إصابتك بالاضطراب من

حوالي ٣٪ إلى ٧٪. ومن المعتقد أن قابلية انتقال الاضطراب وراثيًّا ضئيلة. تُعَد الدراسات المجراة على التوائم بخصوص اضطراب الوسواس القهري نادرة، ولكن بعضها وجد أنه ليس ثمة دليل على قابلية انتقاله وراثيًّا. من ناحية أخرى، قدَّرت دراسةٌ أجريت على توءمين يعانيان أعراضًا تشبه الوسواس القهري قابليةَ انتقاله وراثيًّا بنسبة ٣٦٪.

(٣-٣) المنظور البيئي

نظرًا لأن الجينات تلعب دورًا محدودًا نسبيًّا في اضطراب الوسواس القهري، فإننا نضطر إلى توجيه أنظارنا إلى العوامل البيئية.

كان الوسواس القهري مُقرَن بالأحداث الصادمة في الطفولة (خاصة الإساءة الجنسية)؛ وبالوضع الاجتماعي الاقتصادي المتدني نسبيًّا؛ وبأسلوب التنشئة العنيف أو المهمل. ومع ذلك، فهذا النوع من التجارب أيضًا يجعل الشخص عرضةً للإصابة باضطرابات القلق بشكل عام، وبالاكتئاب بشكل خاص، وبمشكلات إدمان الكحول والمخدِّرات، وبمجموعة واسعة من المشكلات النفسية. ويستمر البحث عن التأثيرات البيئية المرتبطة بالوسواس القهري.

الفصل العاشر

اضطرابُ ما بعد الصدمة

من بين آلاف الأشخاص الذين تطوَّعوا بتقديم المساعدة في الساعات التي أعقبت الهجمات الإرهابية على مركز التجارة العالمي في ١١ سبتمبر ٢٠٠١ كان هناك العديد من الأطباء. وكان ما عايشوه فاجعًا للغاية لدرجة أنه عندما اتصل بهم الباحثون بعد ١٨ شهرًا، فضَّل معظمهم الاحتفاظ بأفكارهم لأنفسهم. ومع ذلك، وافق البعض على الحديث. وجمعت لين دي ليسي رواياتهم:

> إحدى الطبيبات، وهي طبيبة نفسية ... استشعرت ما يسمَّى بعقدة ذنب الناجين، و[شعرت] أنها كانت بحاجة إلى فعلِ المزيد. وفي وقت المقابلة، كانت لا تزال تشعر بالانعزال نوعًا ما عن الآخرين وتعاني العصبيةَ الزائدة، وكانت لا تزال تراودها ذكريات مزعجة.
>
> قال طبيب آخر إنه أصبح يشرب ضِعف كمية الكحول بعد ١١ سبتمبر بالمقارنة بالكميات التي كان يشربها قبلها. عمل الطبيب في وحدة فرز المصابين بالقرب من موقع مركز التجارة العالمي حيث تطوع لمدة ١٠ ساعات في اليوم ... وذكر أن أسوأ ذكرياته كانت رؤية الناس يقفزون من الأبراج.
>
> كان أحد الأطباء طبيبًا نفسيًّا للعاملين في وحدة المرضى الداخليين وعمِل ساعاتٍ أطول بعد الهجمات. زاد تناوله للكحول بعد الهجمات، وفي وقت المقابلة، كان لا يزال يعترف بأنه تراوده صور مؤلمة تقتحم أفكاره. وكان لا يزال يتجنَّب المشاركة في الأنشطة التي من شأنها أن تذكِّره بالأحداث.

لكن لم يكن من الضروري المشاركة بشكل مباشر لتظهر المشكلات النفسية. أُصيب العديد من الأمريكيين، حتى أولئك الذين يعيشون بعيدًا عن مدينة نيويورك، بصدمة

شديدة. بعد شهرين من ١١ سبتمبر، أَبلغ ١٧٪ من ١٣٠٠ شخص اتُّصِل بهم عبر الولايات المتحدة في أحد الاستطلاعات عن أعراض إجهادِ ما بعد الصدمة. (وَسِّع هذه العينة التمثيلية وستصل إلى إجمالي ٤٥ مليون شخص يعانون آلامًا نفسية خطِرة نتيجةً للهجمات.) بمرور الوقت، انخفض عدد الأشخاص الذين يُبلِغون عن أعراض. وبعد ثلاث سنوات، عندما اتصل نفس الباحثين بـ ١٩٥٠ شخصًا، كان ٤٫٥٪ منهم لا يزالون يعانون آثارًا نفسية.

بشكل عام، كان الأشخاص الأكثر عرضةً للإصابة بالمشكلات هم أولئك الذين:

- شهدوا الهجمات بأنفسهم؛
- شاهدوا التغطية التليفزيونية الحية؛
- تعرَّضوا لأحداث صادمة في طفولتهم، أو بعد ١١ سبتمبر؛
- عانوا سابقًا اضطرابًا نفسيًّا.

(١) ما هو اضطرابُ ما بعد الصدمة؟

نظرًا لحجم الرعب الذي تعرَّض له سكان نيويورك في ١١ سبتمبر، ليس من المستغرب أن العديد من الأشخاص — خاصة أولئك الذين تأثَّروا بشكل مباشر بالفظائع — أصيبوا لاحقًا بمشكلات نفسية حادة. لكنَّ اضطرابَ ما بعد الصدمة (PTSD) عادةً ما يكون ناتجًا عن كوارثَ أكثر شيوعًا. يُعرِّف «الدليل التشخيصي والإحصائي للاضطرابات النفسية» الصادر عن الجمعية الأمريكية للطب النفسي الحادث الصادم بأنه حدثٌ يكون فيه:

> الشخص قد اختبر أو شهد أو واجه حدثًا أو أحداثًا انطوت على موت فعلي أو تهديد بالموت أو الإصابة الخطِرة، أو تهديد للسلامة الجسدية للنفس أو للغير.

تشمل الأمثلة على هذه الصدمات حوادثَ المرور الخطِرة، والاعتداء الجنسي، والاعتداء الجسدي، والسرقة أو السطو المقترِن بالعنف، والموت المفاجئ لأحد الأحباء، والمعارك العسكرية، والتعذيب، والكوارث الطبيعية، والتشخيص بمرضٍ محتمل أن يكون مميتًا.

يتسم اضطرابُ ما بعد الصدمة بثلاثة أنواع من الأعراض (يجب أن تستمر لأكثر من شهر):

- **معاودة معايشة الحدث الصادم:** يمكن أن يأخذ هذا شكل كوابيس أو استرجاع للذكريات، عندما يشعر الشخص بأنه عاد في خضم الرعب. تتكرر أفكار الصدمة

باستمرار، بغض النظر عن مدى إصرار الشخص على محاولة النسيان. يمكن لأبسط الأشياء أن تثير الذكريات المؤلمة؛ ربما صوت أو رائحة معينة أو مكان أو نظرة على وجه شخصٍ ما.

- **تجنب أي تذكير بالحدث الصادم/الشعور بالخدر:** إن ذكرى الصدمة مزعجةٌ للغاية لدرجةٍ أن المرضى يبذلون قصارى جهدهم لتجنُّب إثارتها. فيحاولون قمع الأفكار المتعلقة بالحدث؛ حيث يبتعدون عن الأشخاص والأماكن التي يمكن أن تذكِّرهم بما حدث؛ ولا يريدون التحدُّث عن تجاربهم. غالبًا ما يذكر الأشخاص المصابون باضطرابِ ما بعد الصدمة أنهم «خدرون» انفعاليًّا؛ على الأقل تجاه الانفعالات الإيجابية مثل السعادة. وقد يحاولون القضاءَ على القلق والاكتئاب الذي يشعرون به عن طريق تعاطي الكحوليات أو المخدِّرات. (يرى بعض الخبراء أن الخدَر يختلف بدرجة كافية عن التجنُّب حتى إنه يمكن اعتباره فئةً مستقلة من فئات الأعراض.)
- **الشعور بالتوتر المستمر:** هذا ما يسميه علماء النفس حالةَ فرط التيقظ، ويعني ذلك أن تكون دائمًا قلقًا ومتوترًا وسريع الانفعال. يكون الأشخاص المصابون باضطرابِ ما بعد الصدمة في حالة تأهب دائم لأي تذكير بالصدمة: فهي تهيمن على عالمهم ليلًا ونهارًا (مشكلات النوم من الأعراض الشائعة لاضطرابِ ما بعد الصدمة).

كما هو الحال مع جميع التشخيصات النفسية، قد يشعر العديد من الأشخاص بأعراض ليست شديدة أو مستمرة أو متعددة بما يكفي لتستوفيَ معايير تشخيص المرض، ولكنها مع ذلك تسبب الكرب الشديد. وقد شكَّك بعض الباحثين في تعريف «الدليل التشخيصي والإحصائي للاضطرابات النفسية» للصدمات، مشيرين إلى أن أحداث الحياة السلبية مثل المرض المزمن أو الطلاق أو البطالة يمكن أن تُولِّد على الأقل نفس القدْر من أعراض اضطرابِ ما بعد الصدمة التي يولِّدها الاغتصاب والاعتداء والحوادث وما إلى ذلك.

(٢) ما مدى شيوع اضطرابِ ما بعد الصدمة؟

يقدم المسح القومي الأمريكي للاعتلال المشترك صورةً صادقة لانتشار اضطرابِ ما بعد الصدمة؛ إذ وجد أن ما يقرب من ٥٠٪ من الأشخاص يعانون صدمةً واحدة على الأقل في حياتهم، وأن ٧٫٨٪ من إجمالي العينة مصابون باضطرابِ ما بعد الصدمة. لا يختلف

الرقم بشكل كبير في حالة الشباب. فمن بين ١٠ آلاف شخص تتراوح أعمارهم بين ١٣ و١٨ عامًا أُجريت معهم مقابلات من أجل «ملحق المسح القومي الأمريكي المكرَّر للاعتلال المشترك المعني بالمراهقين»، أفاد ٥٪ بأنهم قد عانوا اضطرابَ ما بعد الصدمة، ومنهم ١٫٥٪ متأثرون بشدة.

يمكن للعديد من أنواع الصدمات أن تؤديَ إلى اضطرابِ ما بعد الصدمة، لكن بعضها أقوى من البعض الآخر. وفقًا للمسح الوطني الأمريكي للاعتلال المشترك، فإن الصدمات التي من المرجَّح أن تؤديَ إلى اضطرابِ ما بعد الصدمة لدى النساء هي الاغتصاب والتحرش الجنسي والاعتداء البدني والتهديد بالسلاح والاعتداء الجسدي في الطفولة؛ ولدى الرجال، هي الاغتصاب، والتعرُّض لمهامَّ قتالية، والإهمال في الطفولة، والاعتداء البدني في الطفولة.

كانت النساء في المسح الوطني الأمريكي للاعتلال المشترك أكثرَ عرضةً للإصابة باضطرابِ ما بعد الصدمة بمقدار الضعف مقارنةً بالرجال، على الرغم من أنهن تعرَّضن لصدمات أقل. ويمكن تفسير ذلك جزئيًّا فقط من خلال حقيقةِ أن النساء أكثرُ عرضةً لتجربة أنواع الصدمات التي تنتج عادةً اضطرابَ ما بعد الصدمة (مثل الاغتصاب). وعند تعرُّضهن لنفس النوع من الصدمات، تكون النساء أكثرَ عرضةً من الرجال للإصابة باضطرابِ ما بعد الصدمة، لأسباب غير معروفة حاليًّا.

الأبحاث حول اضطرابِ ما بعد الصدمة في العالم النامي نادرة. لكنَّ فريقًا بقيادة جوب دي يونج حقَّق في معدلات انتشاره في أربع من أفقر بلدان العالم وأكثرها معاناةً من النزاعات: الجزائر، حيث اندلعت أعمال عنف مروعة بعد إلغاء الانتخابات في عام ١٩٩١؛ وكمبوديا، التي عانت ويلاتَ حرب أهلية في الستينيات ثم رزحت تحت نِير نظام الخمير الحُمر المجرم؛ وإثيوبيا، التي مزَّقتها الحرب الأهلية أيضًا؛ وغزة، التي تُعَد مسرحًا للصراع المتكرِّر منذ الاحتلال الإسرائيلي في عام ١٩٦٧. يمكن للمرء أن يتوقَّع أن تكون معدلات اضطرابِ ما بعد الصدمة في هذه البلدان البائسة أعلى منها في الغرب، وهذا ما ثبَت: ٣٧٫٤٪ في الجزائر (حيث كان العنف لا يزال دائرًا في وقت بحث دي يونج)؛ و٢٨٫٤٪ في كمبوديا؛ و١٥٫٨٪ في إثيوبيا؛ و١٧٫٨٪ في غزة.

لم تُشخَّص إصابة أحد باضطرابِ ما بعد الصدمة حتى عام ١٩٨٠، عندما أُدرِج في «الدليل التشخيصي والإحصائي للاضطرابات النفسية» للمرة الأولى. أُقِرت الآثار النفسية للقتال منذ الحرب العالمية الأولى، عندما أصيب عددٌ كبير من الجنود «بصدمة القصف».

لكن الأمر استغرق حتى سبعينيات القرن الماضي حتى يُعتَرف باضطرابِ ما بعد الصدمة، وذلك بفضل جهود منظمات قدامى المحاربين في حرب فيتنام — حيث أسفرت حرب فيتنام عن آلاف الحالات — وأولئك الذين يعملون مع الناجيات من الاغتصاب. في عام ١٩٩٠، قُدِّر أن أكثر من مليون من قدامى المحاربين الأمريكيين قد أُصيبوا باضطرابِ ما بعد الصدمة نتيجةً لتجاربهم في فيتنام، مع وجود ٤٧٩ ألفًا لا يزالون في صراع مع هذا المرض.

(٣) ما الذي يسبب اضطرابَ ما بعد الصدمة؟

(٣-١) المنظور النفسي

من ناحية، فإن سببَ اضطرابِ ما بعد الصدمة واضح: صدمة معينة. ومع ذلك، هذا ليس سوى جزء من التفسير. لماذا يصاب بعض الأشخاص الذين تعرضوا للاغتصاب أو الضرب المبرح باضطرابِ ما بعد الصدمة والبعض الآخر لا؟

من بين المحاولات النفسية للإجابة عن هذا السؤال، يمكن القول إن أكثر المحاولات تأثيرًا هي تلك التي صاغتها آنكِي إيلرز وديفيد كلارك.

وُضِّحَت النظرية بشكل جيد من خلال دراسة بحثية أجرتها إيلرز وزملاؤها. على مدى ستة أشهر، تابعوا تقدُّم ١٤٧ شخصًا أصيبوا في حوادث السيارات. بعد أسبوعين من وقوع الحادث، استوفى ٣٣ شخصًا (٢٢,٤٪) معاييرَ تشخيص اضطرابِ ما بعد الصدمة (باستثناء، بالطبع، شرط استمرار الأعراض لأكثر من شهر)؛ وبعد ستة أشهر، كان هناك ١٧ شخصًا (١٢,١٪) متأثرين.

يميل الأفراد الذين أصيبوا باضطرابِ ما بعد الصدمة إلى الاشتراك في خصائص معينة:

- **قبل وقوع الحادث:** تاريخ من المشكلات الانفعالية والتجارب الصادمة السابقة.
- **أثناء الحادث:** التركيز على الأحاسيس التي تثيرها الصدمة، بدلًا من التركيز على معنَى ما كان يحدث (هذا يسمَّى «المعالجة القائمة على البيانات») والشعور بأن الحادث وقع لشخص آخر (عدم ربط الصدمة بالذات)؛ وإحساس بالانفصال أو الخدر أو أن الحادث لم يكن حقيقيًّا.
- **بعد الحادث:** نظرة متشائمة للصدمة؛ عدم القدرة على تذكرِ ما حدث بوضوح؛ الشعور بعدم تلقي الدعم الكافي من الأصدقاء والعائلة؛ واستمرار التفكير في الحادث

وعواقبه أو، على العكس من ذلك، تجنب كلِّ ما يُذكِّر به؛ وتبني سلوكيات السلامة (على سبيل المثال، رفض السفر بالسيارة).

ترى كلٌّ من إيلرز وكلارك أن اضطرابَ ما بعد الصدمة ينشأ عندما يعتقد الشخص أنه لا يزال مهدَّدًا بشكل خطِر بطريقةٍ ما بسبب الصدمة التي تعرَّض لها. ما الذي يجعل شخصًا ما يفترض أنه لا يزال معرَّضًا للخطر بسبب حدث وقع قبل شهور أو حتى سنوات؟ حددت إيلرز وكلارك عاملين.

الأول هو تفسير سلبي للصدمة والمشاعر الطبيعية التي تلي ذلك، على سبيل المثال:

- لا مكان آمن
- أنا أجتذب الكوارث
- لا أستطيع التعامل مع التوتر
- سأصاب بالجنون
- لن أكون قادرًا على تجاوز هذا مطلقًا
- لا يوجد أحد بجانبي

يمكن لهذه التفسيرات أن تجعل الشخص يشعر بأنه في خطرٍ جسدي (يبدو العالم غير آمن بشكل أساسي)، أو نفسي (تضرُّر ثقتهم بأنفسهم وشعورهم بالسلامة بشكلٍ لا يمكن إصلاحه).

والعامل الثاني هو المشكلات التي تثيرها ذكرى الصدمة. بسبب الطريقة التي يستجيب بها الشخص أثناء الحدث، تفشل الذكرى بطريقةٍ ما في اكتساب سياق ومعنًى مطوَّرين بشكل صحيح. نتيجةً لذلك، تقتحم تفكيره باستمرار، وتراوده تلقائيًّا كلما طرأ أدنى تذكير بالصدمة (لون، أو رائحة، أو تشابه جسدي غامض). تُشبِّه إيلرز وكلارك الذاكرة المؤلمة بـ:

> خزانة أُلقيت فيها أشياءُ كثيرة بسرعة وبطريقة غير منظمة؛ لذلك من المستحيل إغلاق الباب بالكامل وتسقط الأشياء خارجةً منها في أوقات غير متوقعة.

(في نظرية ذات صلة، يجادل كريس بروين بأن اضطرابَ ما بعد الصدمة ينشأ عندما يفشل دمج ذكريات الصدمة اللاواعية التي يمكن الوصول إليها ظرفيًّا (SAMs) — وتتكون إلى حدٍّ كبير من المعلومات الحسية — في الذاكرة الواعية التي يمكن الوصول إليها شفهيًّا (VAMs).)

يستمر اضطرابُ ما بعد الصدمة عندما يتبنى الشخص نوعَ السلوكيات التي تبناها الأفراد في دراسة حوادث المرور. ومن ثَم، يهدف العلاج المعرفي إلى إقناع الشخص بالتخلي عن هذه السلوكيات، ومعالجة المعتقدات السلبية والذكريات غير المكتملة التي تثيرها.

(٣-٢) المنظور البيولوجي

يبدو أن من علامات اضطرابِ ما بعد الصدمة وجودَ مشكلات في الجهاز الحوفي للدماغ، وبالتحديد العلاقة بين:

- اللوزة الدماغية، وهي مخزن ذكريات الخوف اللاواعية؛
- القشرة الحزامية الأمامية (ACC)، التي تساعد في السيطرة على استجابات الخوف لدينا؛
- الحُصين، الذي يخزِّن الذكريات السياقية (على سبيل المثال، أين كنا وماذا كنا نفعل عندما وقع حدث مخيف)، ومن ثَم يمكن أن يساعدنا في الحكم على ما إذا كان الموقف خطِرًا حقًّا أو أنه يشبه في جوانبَ معينة حدثًا ما كان مهدِّدًا سابقًا.

في الأشخاص الذين يعانون اضطرابَ ما بعد الصدمة، قد تكون اللوزة مفرطةَ النشاط وتكون القشرة الحزامية الأمامية والحُصين غير نشطين. في الواقع، توجد أدلةٌ تشير إلى أن القشرة الحزامية الأمامية والحُصين أصغر في الواقع لدى الأشخاص المصابين باضطرابِ ما بعد الصدمة، على الرغم من عدم وضوح ما إذا كان ذلك نتيجةً للمرض أو سببًا له. (في الواقع، قد لا يكون الحُصين بأكمله هو المتضرر؛ فقد سلَّطت أبحاثٌ حديثة الضوءَ على ضمور في منطقة معينة من الحُصين لدى الأشخاص المصابين باضطرابِ ما بعد الصدمة.)

من دون الأثر الملطِّف للقشرة الحزامية الأمامية والحُصين، قد تستشعر اللوزة تهديدًا بينما لا يوجد تهديد؛ وهي السمة المميِّزة لاضطرابِ ما بعد الصدمة، وفي الواقع اضطرابات القلق بشكل عام.

لقد قيل إن الحُصين قد يتقلص نتيجةً لتأثيرات هرمون الكورتيزول. وجدير بالذكر أن الكورتيزول، وغيره من المواد الكيميائية العصبية ذات الصلة، يُطلَق عبر محور الوطاء–الغدة النخامية–الكظرية (HPA) من أجل جعل الجسم يستجيب للتهديد المحتمل.

ويبحث العلماء فكرةَ أن الخلل الوظيفي في محور الوطاء-الغدة النخامية-الكظرية قد يلعب دورًا مهمًّا في اضطرابِ ما بعد الصدمة. ومع ذلك، لم يظهر نمطٌ ثابت حتى الآن.

الأبحاث في الأسباب الوراثية لاضطرابِ ما بعد الصدمة نادرة. وتشير الأبحاث المتاحة إلى وجود نِسب وراثة معتدلة (حول معدل الـ ٣٠–٣٥٪). ومن المثير للاهتمام، أنه يبدو أن ثمة بعض التداخل بين القابلية الجينية للإصابة باضطرابِ ما بعد الصدمة وبعض أنواع الصدمات التي تسبِّب المرض. وقد يكون هذا راجعًا إلى شخصية الفرد. تكهَّن موراي شتاين وزملاؤه بأن:

> ميل الفرد المتأثر جينيًّا نحو العُصابية من شأنه أن يؤديَ بالفرد إلى الشعور بمزيد من الغضب والتهيج، مما يجعل ذلك الشخص: (١) أكثر عرضةً للانخراط في المشاجرات (مما يَزيد من خطر التعرض لصدمة هجومية) و(٢) أكثر عرضةً للاستثارة الانفعالية نتيجةً للتعرض لمثل هذه الصدمات (مما يزيد من خطر الإصابة بأعراض اضطرابِ ما بعد الصدمة).

إذن، في بعض الحالات، قد تؤثِّر الشخصية جزئيًّا على احتمال إصابة الشخص بصدمة، ثم الإصابة باضطرابِ ما بعد الصدمة. لكن لا ينبغي لنا أن ننجرف مع ذلك الاستنتاج: فمعظم الأحداث المسبِّبة للصدمة تحدث فجأةً وبغض النظر عن شخصية الفرد.

الفصل الحادي عشر

العلاج

أفاد حوالي ثلث السكان البالغين بأنهم يعانون القلق، علمًا بأن شخصًا تقريبًا من كل خمسة يعانون مشكلاتٍ شديدةً بما يكفي للوفاء بمعايير الاضطراب السريري. ويمكن أن يكون القلق مروعًا، كما أشارت هولي جولايتلي في الفصل الأول. القلق، إذن، يمكن أن يكون مشكلة كبيرة. فكيف نتوصَّل إلى حلول؟

في الواقع، إن مجرد تحديد أي علاجات يمكن أن تكون فعَّالة هو عمل مجهد شديد التعقيد. «المعيار الذهبي» غير المشكوك فيه للبحث السريري هو ما يُعرف بالتجارب المُعشاة المضبوطة. يتضمن ذلك تعيينَ المشاركين بشكل عشوائي في مجموعة من، على الأقل، مجموعتين. تتلقى المجموعة الأولى علاجًا محددًا، بينما لا تتلقى المجموعة الثانية أي علاج حقيقي «المجموعة الضابطة» (تأخذ دواءً وهميًّا، على سبيل المثال) أو تتلقى علاجًا بديلًا. (في بعض الأحيان تُقَيِّم التجارب علاجين أو أكثر مقابل ضابطٍ ما.) يعني تعيين المشاركين بشكل عشوائي أن تكوين كل مجموعة يجب أن يكون متشابهًا مع المجموعة الثانية، ومن خلال متابعة نتائجهما، يمكنك معرفةُ ما إذا كان العلاج قد ساعد، على نحوٍ يفوق التعافي الطبيعي.

ولكن حتى التجارب المعشاة المضبوطة ليست مباشِرة كما قد تبدو. هذا هو السبب في تشجُّع الباحثِين الطبيِّين على اتباع إرشادات «المعايير الموحَّدة لإعداد تقارير التجارب». صدر أحدث بيانات «المعايير الموحَّدة لإعداد تقارير التجارب» في عام ٢٠١٠، بعد سبع سنوات من الاستشارات، ويحظى بدعم المجلات الطبية الرائدة (التي يأمُل معظم العلماء في نشر نتائجهم فيها).

من بين العوامل العديدة المشار إليها في «المعايير الموحَّدة لإعداد تقارير التجارب» وينصح الباحثون بأخذها في الاعتبار عند تصميم التجربة وإعداد تقرير عنها: طبيعة المرضى المختارين (على سبيل المثال، مدى حدة المرض؛ ومدى استمراره؛ وما إذا كان لديهم

مشكلات أخرى)؛ والتقنيات المستخدَمة لتعيين المشاركين بشكل عشوائي في مجموعات العلاج (توجد عدة بدائل)؛ وطبيعة العلاج المضبوط؛ وتكوين وجودة العلاج قيد الاختبار؛ وأنواع النتائج التي تُقاس؛ وما إذا كان مقيمو البحث والمرضى لا يعرفون عن تخصيص العلاج؛ وما يجب فِعله حيال الأشخاص المتسربين من التجربة؛ ومدة المتابعة بعد انتهاء العلاج؛ والتحليل الإحصائي المناسب. وغير ذلك.

لسوء الحظ، لا تلتزم جميع التجارب السريرية بإرشادات «المعايير الموحَّدة لإعداد تقارير التجارب»؛ وهي لم تكن موجودة على الإطلاق حتى عام ١٩٩٦. وحتى أفضل التجارب يمكن أن تخبرنا فقط عن فترات أو جرعات معينة من العلاج لمجموعةٍ معينة خلال فترة زمنية معينة. هذا يعني أنه توجد شكوك وثغرات في المعلومات. ومن ثَم، غالبًا ما يناقش الأطباء السؤال التالي: ما الذي يَصلُح لِمَن؟

(١) ما الذي يصلُح؟

إن إثبات فعالية علاجات محددة عملٌ صعب للغاية كما تبيَّن لنا مما سبق. ومع ذلك، في حالة علاج اضطرابات القلق، لدينا بالفعل إجماع.

العلاج الأساسي هو العلاج النفسي؛ أو على الأحرى العلاج السلوكي المعرفي (CBT) وتنويعاته. (لقد سلطنا الضوءَ على الأسس النظرية للعلاج السلوكي المعرفي في الفصول الخاصة باضطرابات معينة.) يحدث القلق عندما نعتقد أننا في موقفٍ يشكل تهديدًا. والهدف الأساسي من العلاج السلوكي المعرفي هو اختبار دقة تلك الاعتقادات. ويتحقَّق ذلك من خلال تعريض الأفراد بحرص للمواقف والمشاعر التي يخشونها بطريقةٍ تسمح لهم بالتعلم من التجربة. عندما تُجرى الاختبارات بطريقة مضبوطة ومتدرجة ومصمَّمة بشكل فردي، يكتشف الشخص أنه في الواقع أكثرُ أمانًا مما كان يعتقد، ويقل قلقه.

لكن القلق يُعالج أيضًا بالأدوية. فيما يخص العلاج الطويل الأمد، يُفضل استخدام مضادات اكتئاب «مثبطات إعادة امتصاص السيروتونين الانتقائية» SSRI (مثل باروكستين). ولكن على المدى القصير، يمكن وصف أدوية محددة مزيلة للقلق (مضادات القلق) لمساعدة المريض على التعامل مع أزمةٍ ما. أكثر مضادات القلق شيوعًا هي البنزوديازيبينات: تميل هذه الأدوية إلى العمل بسرعة كبيرة وفعالية، ولكن يمكن أن تؤديَ إلى التحمل أو نقص استجابة جسمك للدواء (حيث يعتاد جسمك على تأثيرات الدواء، ومن ثَم يلزم زيادة الجرعات)، كما يمكن أن تؤديَ إلى الإدمان؛ ومن هنا تأتي التوصية بأن تُستخدَم فقط على المدى القصير.

تكون المكاسب الناتجة عن العلاج السلوكي المعرفي أكبرَ في بعض الأحيان، وعادةً ما تستمر فترةً أطول من تلك التي ينتجها العلاج الدوائي. عِلاوةً على ذلك، يمكن أن تنتجَ عن الأدوية أحيانًا آثارٌ جانبية، وقد يكون التخلي عنها أمرًا صعبًا. ولهذا السبب يوصي «المعهد الوطني للتميز السريري» في المملكة المتحدة بالعلاج السلوكي المعرفي باعتباره أولَ خط علاج لكل أنواع اضطرابات القلق، بالإضافة إلى استخدام مثبطات إعادة امتصاص السيروتونين الانتقائية كخيار ثانٍ. (سنتناول بدائل العلاج المختلفة بمزيد من التفصيل أدناه.)

من المثير للاهتمام، أنه لا يبدو أن الجمع بين العلاج النفسي والأدوية يجلب أيَّ فوائد إضافية. في الواقع، في بعض الحالات (اضطراب الهلع، على سبيل المثال)، قد يتعارض الدواء بالفعل مع العلاج. هذا لأنه، من أجل معرفة أنه يمكنك التعامل مع قلقك في المواقف التي تتعرض لها على نحوٍ منضبط، من الضروري أن تشعر حقًّا بخوفك، وهو شيء تهدف بالطبع الأدوية المضادة للقلق إلى منعه.

أحد التطورات المثيرة للاهتمام، مع ذلك، هو استخدام العقاقير لتعزيز آثار العلاج النفسي. ما زال الأمر في بداياته، ولكن توصَّل الباحثون إلى نتائجَ واعدة باستخدام «المعَزِّزات المعرفية» مثل دي-سيكلوسيرين (الأدوية التي تُسرِّع التعلم). يبدو أن دي-سيكلوسيرين يُسرِّع من التقدم المحرَز عندما يختبر الأفراد دقةَ أفكارهم المخيفة.

(٢) ما العلاجات التي يتلقَّاها الناس؟

كما رأينا، تدعو القواعد الإرشادية الرسمية في المملكة المتحدة إلى استخدام العلاج السلوكي المعرفي لعلاج اضطرابات القلق. ولكن كم عدد الأشخاص الذين يعانون اضطراباتِ القلق والذين يتلقون بالفعل العلاجَ السلوكي المعرفي، أو في الواقع أي شكل آخر من أشكال العلاج؟

ليس عددًا كافيًا، يبدو هذا هو الاستنتاج الحتمي عندما تنظر إلى البيانات المستخلَصة من استطلاع أُجري لصالح «هيئة الخدمات الصحية الوطنية» في عام ٢٠٠٧. فيما يلي النِّسب المئوية للأشخاص الذين لا يتلقون أي علاج على الإطلاق:

- اضطراب القلق العام: ٦٦٪
- الرُّهاب: ٤٣٪
- اضطراب الوسواس القهري: ٦٩٪

- اضطراب الهلع: ٧٥٪
- اضطراب القلق والاكتئاب المختلط: ٨٥٪

فيما يلي نِسب الأشخاص الذين يعانون اضطراباتِ القلق ويتلقون علاجًا دوائيًّا فقط:

- اضطراب القلق العام: ١٨٪
- الرُّهاب: ٢٣٪
- اضطراب الوسواس القهري: ١٢٪
- اضطراب الهلع: ٨٪
- اضطراب القلق والاكتئاب المختلط: ١١٪

والآن، نِسب الأشخاص الذين يعانون اضطراباتِ القلق ويتلقون نوعًا من الاستشارة أو العلاج، إما مع الأدوية أو بمفردها، مع تمييز النسبة الخاصة بالعلاج السلوكي المعرفي بالخط العريض:

- اضطراب القلق العام: ١٥٪؛ **٣٪**
- الرُّهاب: ٣٤٪؛ **١١٪**
- اضطراب الوسواس القهري: ١٨٪؛ **٤٪**
- اضطرابات الهلع: ١٧٪؛ **٤٪**
- اضطراب القلق والاكتئاب المختلط: ٥٪؛ **١٪**

أحد أسباب ندرة استخدام العلاج السلوكي المعرفي هو نقص المعالجين المدَرَّبين. هذا هو الوضع الذي حاولت حكومة المملكة المتحدة تصحيحه من خلال برنامج «تحسين الوصول إلى العلاجات النفسية»، الذي أُطلِق في عام ٢٠٠٧ بهدف تدريب ٣٦٠٠ معالج جديد.

(٣) العلاج الدوائي

تُستخدم ثلاثة أنواع رئيسية من العقاقير لعلاج القلق: مثبطات إعادة امتصاص السيروتونين الانتقائية، والبنزوديازيبينات، وحاصرات بيتا.

(٣-١) مثبطات إعادة امتصاص السيروتونين الانتقائية

قد تُفاجأ عندما تكتشف أن القلق يُعالج باستخدام مثبطاتِ إعادة امتصاص السيروتونين الانتقائية. فمثبطات إعادة امتصاص السيروتونين الانتقائية تُعَد من مضادات الاكتئاب. وكانت تُسوَّق بالتأكيد على أنها مضادات للاكتئاب عندما ظهرت على الساحة في أواخر الثمانينيات. لكن قدرتها على إخماد مشاعر القلق جعلتها الخيار الصيدلاني الأول لهذه الاضطرابات. في الواقع، جادل بعض الخبراء بأنها أكثرُ فعالية في علاج القلق من فعاليتها في علاج الاكتئاب.

من بين مثبطات إعادة امتصاص السيروتونين الانتقائية التي تُوصَف عادةً لمشكلات القلق الباروكستين، والفنلافاكسين، والسرترالين. على عكس خيارات العقاقير الأخرى، غالبًا ما يستغرق الأمر بضعة أسابيع لتظهر الفوائد. بمجرد أن يبدأ مفعول مثبطات إعادة امتصاص السيروتونين الانتقائية بالظهور، فإنها يمكن أن تقلل من إحساسنا بالتهديد وبدلًا من ذلك تحفز الشعور بالرضا المتسم بالهدوء. الآلية التي تفعل بها ذلك غير معروفة. وتزيد مثبطات إعادة امتصاص السيروتونين الانتقائية من كمية السيروتونين في الدماغ، ولكن لا يزال ما يعنيه هذا فيما يخص القلق غير مفهوم. كما كتب الطبيب النفسي ديفيد هيلي: «نعرف الكثير عن موضع دخول العقاقير في الدماغ، ولكن القليل جدًّا عن كيفية عملها.»

(٣-٢) البنزوديازيبينات

مثل العديد من الأدوية الأخرى، يَدين نجاح البنزوديازيبينات بقدرٍ كبير إلى الحظ. صنَّع عالمٌ يُدعى ليو ستيرنباخ عقارَ الكلورديازيبوكسيد في عام ١٩٥٥ أثناء عمله لدى شركة الأدوية العملاقة «هوفمان-لاروش»، لكنه لم يرَ أي سبب لمواصلة العمل عليه.

قبع الكلورديازيبوكسيد في ركنٍ من أركان معمل ستيرنباخ مدة عامين حتى ألقى زميله، إيرل ريدر، نظرةً أخرى عليه. اندهش ريدر من النتائج، وسرعان ما رأت الشركة إمكانات هذا العقار. قُدِّم الكلورديازيبوكسيد، الذي غُيِّر اسمه إلى «ليبريوم»، إلى السوق في عام ١٩٦٠، وتبِعه بعد سنوات قليلة الديازيبام (الفاليوم).

قدَّمت البنزوديازيبينات فيما يبدو علاجًا آمنًا وسريع المفعول لتأثيرات القلق، وكانت شائعة بشكل مذهل. ربما ليس من المستغرب أن يكون الجمهور متحمسًا للغاية: تنتج

البنزوديازيبينات إحساسًا بالاسترخاء يشبه الشعور الناتجَ عن الكحول. وهي تفعل ذلك من خلال تعزيز تأثير مادة كيميائية عصبية تسمَّى حمض جاما أمينوبيوتيريك (جابا)، والتي تهدئنا عندما نشعر بالقلق.

ومع ذلك، اكتشف العلماء تدريجيًّا أن عقار البنزوديازيبين لم يكن رائعًا تمامًا كما كان يبدو. كانت الآثار الجانبية غيرَ السارة شائعة، وقد يؤدي إيقاف الدواء إلى ظهور أعراض انسحاب سيئة. في الواقع، تحوَّلت آراء العلماء والجماهير تحولًا تامًّا لدرجةِ إسقاط اسم العلامة التجارية «فاليوم».

لا تزال البنزوديازيبينات (المعروفة أيضًا باسم «المهدِّئات الصغرى») توصف على نطاقٍ واسع لبعض مشكلات القلق، على الرغم من أنه يوصى باستخدامها على المدى القصير: عادةً من أسبوعين إلى أربعة أسابيع. وتشمل الأصناف الشائعة الاستخدام كلورديازيبوكسيد (ليبريوم) وديازيبام (الفاليوم السابق) ولورازيبام (أتيفان) وبرومازيبام (ليكسوتان) وألبرازولام (زاناكس) وكلورازيبات (ترانكسين).

(٣-٣) حاصرات بيتا

في أولمبياد بكين ٢٠٠٨، أصبح الكوري الشمالي كيم جونج-سو أولَ لاعب رماية يُقصى من الألعاب الأوليمبية بعد أن ثبَت تعاطيه مادةً محظورة. كانت المادة المعنية هي عقار بروبانولول، وهو مِن حاصرات بيتا، وقد كلَّف كيم جونج-سو ميداليتَيه الفضية والبرونزية.

ما يمكن أن يغريَ لاعب رماية لأن يتعاطى عقارًا من حاصرات بيتا ليس لغزًا. فهذه العقاقير — التي كان البروبانولول أولَ ما طُوِّر منها، في أواخر الخمسينيات من القرن الماضي — تمنع بسرعة العديدَ من الأعراض الفسيولوجية للقلق، مثل ارتفاع معدل ضربات القلب والتعرق والارتعاش.

توصف حاصرات بيتا أساسًا لعلاج مشكلات القلب والأوعية الدموية مثل ارتفاع ضغط الدم أو الذبحة الصدرية. لكن يُعتقد أن الموسيقيين الأوركستراليين وغيرهم من المؤدين يستخدمونها على نطاق واسع للسيطرة على تأثيرات الأعصاب. وبينما قد تساعد حاصرات بيتا في مواقفَ محددة وقصيرة المدى، لا يوصى بها للعلاج الطويل الأمد لاضطرابات القلق.

(٣-٤) العلاج السلوكي المعرفي

طُوِّر العلاج السلوكي المعرفي من قِبَل الطبيب النفسي الأمريكي آرون بيك (وُلِد عام ١٩٢١)، في البداية كعلاج للاكتئاب. وكما كتبت عالمة النفس جيليان بَتْلَر، فإن العلاج السلوكي المعرفي «يعتمد على إدراك أن الأفكار والمشاعر مرتبطة ارتباطًا وثيقًا. إذا كنت «تفكر» أن شيئًا ما سوف يحدث بشكل خاطئ، فسوف تشعر بالقلق؛ وإذا كنت «تفكر» أن كل شيء سيكون على ما يُرام، فسوف «تشعر» بمزيد من الثقة.» لذلك يساعد المعالجون الذين يستعينون بالعلاج السلوكي المعرفي مرضاهم في تحديد وتقييم الأفكار السلبية والسلوكيات غير المفيدة التي تنتج عنها عادةً.

العلاج السلوكي المعرفي ليس برنامجًا معياريًّا ضيقًا. بل تعتمد طريقة تطبيقه في حالة اضطراب القلق (أو في الواقع في حالة أي اضطراب آخر) على طبيعة الاضطراب والشخص المُعالَج. يعتمد العلاج على بناء نماذج مفصَّلة توضح كيفيةَ حدوث الاضطراب وبقاءه والتغلب عليه. وكلما اكتُشِف المزيد، حُدِّث النموذج وطُوِّر العلاج وفقًا لذلك.

(بالمناسبة، إحدى المشكلات التي تُعالَج عادةً باستخدام العلاج السلوكي المعرفي هي توهُّم المرض، وهو خوف الشخص من أن يكون مصابًا بمرض خطِر. وغالبًا ما يُشار إلى توهُّم المرض باسم «القلق بشأن الصحة». ومع ذلك، فإن أنظمة التصنيف النفسي لا تصنفه باعتباره أحدَ اضطرابات القلق، رغم أن العديد من الخبراء يعتقدون أنه سيكون من المنطقي فِعل ذلك.)

تكمُن في صميم العلاج السلوكي المعرفي للقلق فكرةُ أن الخوف نتاج «التأويل». نحن خائفون ليس لأن شيئًا فظيعًا يحدث، ولكن لأننا «نعتقد» أنه سيحدث في المستقبل. للتغلب على قلقك، يجب عليك التحقق من تأويلك من خلال تجربة الموقف الذي تخافه. ويجب عليك فِعل ذلك دون تبني أيٍّ من سلوكيات السلامة التي قد تستخدمها عادةً من أجل التأقلم. إذا تمكَّنت من فِعل ذلك، فسوف تكتشف أن مخاوفك في غير محلِّها.

على سبيل المثال، الشخصُ الذي يعاني الوسواسَ القهري ويخشى التلوث، يُشجَّع على الوجود في بيئات قذرة، وعلى مقاومة السلوك القهري وهو الاغتسال مرارًا وتكرارًا بعد ذلك كما يفعل عادةً. وقد يُطلب من الشخص المصاب باضطرابِ الهلع زيارةُ مكان يتجنَّبه عادةً والبقاء فيه حتى عندما يشعر بإحساس الهلع. وإذا تمكَّن الشخص من تجاوز حالة الهلع، بدلًا من محاربتها، فسيجد أن ما يخشاه — نوبةً قلبيةً، ربما، أو إغماء — لم يحدُث. وقد يُعرض على الشخص المصاب بالرُّهاب الاجتماعي مقاطع فيديو

له في موقف اجتماعي، مرةً عند استخدام سلوكيات السلامة الخاصة به (تجنُّب التواصل بالأعين، على سبيل المثال، أو التمرين بعناية على كلِّ ما يقوله) ومرةً من دون سلوكيات السلامة هذه. يمكنه بعد ذلك أن يرى أن سلوكياته المتعلقة بالسلامة لا تساعد في الواقع. ومن المحتمل أيضًا أن يكتشفَ أنه يخالط الناس بشكلٍ أفضل بكثير مما كان يتخيل. نَصِف أدناه العلاجَ السلوكي المعرفي لمشكلتين بتعمُّق أكبر.

(٣-٥) العلاج السلوكي المعرفي للرُّهاب

استُخدِم العلاج السلوكي المعرفي، وما زال، بنجاح كبير لمعالجةِ طائفةٍ واسعةٍ من الرُّهاب. أحد الأمثلة البارزة هو البرنامج الذي طوَّره لارش يوران أست، أستاذ علم النفس في جامعة ستوكهولم، لعلاج الأشخاص الذين يعانون رُهابَ العناكب. البرنامج موجز للغاية، ويتألف من تقييمٍ مدةَ ساعة واحدة تليها جلسةُ تَعرُّض مدتها ثلاث ساعات.

خلال تلك الساعات الثلاث، يوجِّه أست الشخصَ عبر سلسلة من المهام المتزايدة الصعوبة. كما هو معتاد في التعرض في العلاج السلوكي المعرفي، يضع أست نموذجًا للسلوك المطلوب للمريض. ويساعد السماح للشخص برؤيةِ ما ينطوي عليه الأمر قبل القيام بمهمةٍ ما على تشجيعه واسترخائه.

أولًا، يتعلم الشخص الإمساكَ بعنكبوت صغير في وعاء زجاجي؛ ثم لمس العنكبوت؛ وأخيرًا ترك العنكبوت يمشي على يده. قبل المهمة الثانية، يُسأل الشخص عما يتوقع أن يحدث له. يقول أست: «ما يقرُب من ١٠٠ في المائة من مرضانا يقولون إن العنكبوت سوف يزحف صاعدًا على أيديهم، وعلى الذراع وتحت الملابس.» ولكن سرعان ما يكتشف الفرد أن تفسيره خاطئ؛ ففي الواقع، يهرُب العنكبوت.

بمجرد أن يكمِل المريض المهامَّ الثلاث، يكررها بسلسلة من العناكب المتزايدة الحجم. بحلول نهاية الجلسة، سيكون لدى الشخص أكبرُ عنكبوتين يتجولان على يديه؛ وهو إنجاز رائع جدًّا بالنظر إلى ما كان يشعر به تجاه العناكب قبل ساعات قليلة فقط.

لقد طوَّر أست علاجًا مشابهًا للأشخاص الذين يعانون رُهابَ الإصابات والحُقن والدم. في هذه الحالة، تُعرَض سلسلةٌ من الصور الدموية بشكل متزايد للجروح والعمليات وما شابه. لكن هذا الرُّهاب لا يشبه أيَّ نوع آخر: فبدلًا من ارتفاع ضغط دم الفرد عند مواجهة الشيء أو الموقف المخيف، فإنه ينخفض. وهكذا، لمنع الشخص من الإغماء عند رؤية الدم، يعلِّمه أست اكتشاف العلامات المبكرة لانخفاض ضغط الدم والاستجابة بشد

عضلاته بشكلٍ متكرر. هذا «التوتر المُطَبَّق» يزيد من ضغط دم الفرد، ومن ثَمَّ يمكنه من المضي قُدمًا في مهمة التعرض.

(٣-٦) العلاج السلوكي المعرفي لاضطرابِ ما بعد الصدمة

عادةً ما يكون للعلاج السلوكي المعرفي الحديث لاضطرابِ ما بعد الصدمة ثلاثة أهداف:

- مساعدة الشخص على التوقف عن معاودة معايشة الصدمة عن طريق معالجة ذاكرته غير المكتملة والفوضوية للحدث.
- تغيير وجهات النظر السلبية التي يتبناها الشخص حول الصدمة وما تعنيه له.
- مساعدة الشخص على التوقف عن تجنبِ ما يذكره بالصدمة، أو عن تخدير مشاعره بالكحول أو المخدِّرات.

يتضمن العلاج عادةً من عشر إلى اثنتي عشرة جلسة أسبوعية مدةُ كلٍّ منها تسعون دقيقة، تليها ثلاث جلسات «تعزيز» شهرية. وهذا يتطلب التزامًا كبيرًا جدًّا بالوقت (والانفعال) من جانب المريض. لكنَّ فريقًا من مطوري العلاج السلوكي المعرفي المشهورين — نيك جراي، وفريدا ماكمانوس، وآن هاكمان، وديفيد كلارك، وآنكِي إيلرز — قادوا دورةً مكثفةً من علاج اضطرابِ ما بعد الصدمة، مع تركيز الجلسات في أسبوع واحد. دعونا نلقي نظرة على مثال منها.

كان مارك، وهو مهني يبلغ من العمر ٣١ عامًا، يعاني كوابيسَ، وذكريات استرجاعية، وغضبًا، واكتئابًا بعد حادث دراجة نارية قبل تسعة أشهر. وشعر بالحزن والانزعاج حتى إنه كان يفكر في الانتحار كل يوم.

خلال الجزء الأول من الأسبوع، شُجِّع مارك على «إعادة معايشة» الحادث في مخيِّلته. كانت أكثر ذكرياته إثارة للحزن هي الانزلاق على الطريق بعد أن صدمته سيارة؛ والحافلة التي كانت تلوح في الأفق والتي اعتقد أنها ستدهسه؛ والاستلقاء على الطريق بعد الحادث. صاحَبَ هذه الذكريات بعض الأفكار السلبية للغاية. كان يعتقد، على سبيل المثال، أن حياته كانت «مليئة بالحماقات»، وأن صورته وهو راقد وحيدًا على الأرض تلخِّص عزلته العامة.

مع تقدُّم الجلسات، تلقَّى مارك مساعدةً على سد الفجوات في ذاكرته للصدمة وتحدي أفكاره السلبية. تذكَّر، على سبيل المثال، أن العديد من المارة كانوا متعاونين ومُراعين، وأنه

ظل راقدًا وحده على الطريق وقتًا أقلَّ بكثير مما كان يعتقد سابقًا. من خلال المناقشات مع المعالج، أدرك مارك أن حياته كانت بعيدة كلَّ البعد عن الكآبة التي شعر بها في بعض الأحيان، وأنه لم يكن وحده.

أيضًا تلقى مارك تشجيعًا على معاودة زيارة موقع الحادث؛ وهو أمرٌ كان يتجنبه دائمًا. وبدأ في ركوب دراجته النارية مرة أخرى. وللمرة الأولى، كان قادرًا على مناقشة تجربته مع صديقته.

بعد أسبوع من العلاج، تحسَّنت أعراض مارك بشكل كبير. واستمرت المكاسب: بعد ١٨ شهرًا، كان مارك لا يزال بخير ويستمتع بالحياة.

(٣-٧) العلاج السلوكي المعرفي القائم على الواقع الافتراضي

يُعدُّ عامل التعرض في العلاج السلوكي المعرفي مجديًا، لكنه لا يخلو من العيوب. يُشتبه، على سبيل المثال، في أن بعض الأشخاص يترددون جدًّا في معايشة الموقف الذي يخشونه حتى إنهم لا يسعون للعلاج. وكيف يمكن للمرء أن يخلُق بسهولة مواقفَ تعرض لشخص يخاف من الطيران؟

أحد الحلول هو العلاج السلوكي المعرفي القائم على الواقع الافتراضي. يتضمن هذا ارتداءَ الفرد سماعة رأس مصممة خصوصًا تجعله ينغمس في تجربة تمثيلية مُنشأة حاسوبيًّا لما يخافه، هذه التجربة تكون كاملة بالأصوات، وأحيانًا حتى الروائح. استُخدِم الواقع الافتراضي لعلاج اضطراب الهلع، والرُّهاب الاجتماعي، والخوف من الطيران، والعناكب، والارتفاعات، ونجم عنه نجاح مماثل للنجاح الذي نجم عن العلاج التقليدي بالتعرض في «بيئة حيوية». يُختَبر الآن العلاج السلوكي المعرفي القائم على الواقع الافتراضي كعلاج محتمَل لقدامى محاربي الولايات المتحدة الأمريكية الذين يعانون اضطرابَ ما بعد الصدمة بعد الخدمة في العراق وأفغانستان.

(٣-٨) العلاج السلوكي المعرفي القائم على المساعدة الذاتية

كما ستخبرك نظرةٌ في أرجاء أي متجر بيع للكتب ذي حجم معتبر، فإن المساعدة الذاتية مجالٌ من المجالات الضخمة. ولكن هل حقًّا تساعد «المساعدة الذاتية»، ولا سيما المصادر التي تتناول العلاج السلوكي المعرفي في الأساس؟

قبل أن نجيبَ عن هذا السؤال، تجدُر الإشارة إلى أن المساعدة الذاتية هذه الأيام تأتي في تنويعات عدة. فهناك الكتب التقليدية، التي تقدِّم ما يُعرف باسم «العلاج بالقراءة»؛ والأقراص المضغوطة؛ والشرائط الصوتية والمصادر المستندة إلى الإنترنت.

من المؤكد أنه لا خلافَ على الطلب: فقد أصبحت العديد من كتب المساعدة الذاتية من أكثر الكتب مبيعًا، ويذكر المعهد الوطني الأمريكي للصحة العقلية وجودَ سبعة ملايين زيارة على موقعه على الويب كل شهر. وبالنسبة إلى العديد من الأشخاص، فإن المساعدة الذاتية هي طريقة أكثر قبولًا لمعالجة مشكلاتهم النفسية من طلب المشورة من اختصاصي صحي. وغالبًا ما يوصي هؤلاء الاختصاصيون الصحيون بأن يلجأ مرضاهم إلى مواد المساعدة الذاتية كجزء من علاجهم.

وهو ما يعيدنا إلى هذا السؤال الرئيسي: هل تنجح المساعدة الذاتية القائمة على العلاج السلوكي المعرفي؟ تشير الأدلة إلى أنها يمكن أن تنجح، على الأقل إلى حدٍّ ما. لكنها غالبًا ما تكون أكثرَ فاعلية عندما يكون هناك أيضًا مساهمة من معالِج بشخصه.

(٣-٩) أسلوب الحياة

إذا كان يساورك هاجس بشأن مستويات القلق لديك، فقد تؤدي بعض التغييرات في نمط حياتك إلى تحسين مزاجك كثيرًا بمرور الوقت.

الدراسات المضبوطة جيدًا في هذا المجال ليست وفيرة، ولكن توجد أدلة تشير إلى أنه يمكن تقليل القلق من خلال:

- التمارين الهوائية؛
- النظام الغذائي الصحي؛
- تدريب الاسترخاء (حيث تتعلم إرخاء عضلاتك تدريجيًّا)؛
- التدليك؛
- اليوجا؛
- التأمل الواعي (توليفة من التفكير النفسي الغربي الحديث والمعتقدات والممارسات البوذية القديمة، لا سيما التأمل، الذي يؤكد تعلُّمَ العيش في اللحظة الحالية، وفهْم أن أفكارك ومشاعرك مؤقتة وعابرة وليست بالضرورة انعكاسًا للواقع).

قدَّمت دراسة، استمرت عامين على أكثر من عشرة آلاف شخص يعيشون في بعض أفقر المناطق في بريطانيا، بيانًا ساطعًا على الفرْق الذي يمكن أن يحدِثه أول اثنين في

هذه القائمة. فقد أدت الزيادات الكبيرة في ممارسة التمارين البدنية أو في تناول الفاكهة والخضراوات إلى تحسينات ملحوظة في الصحة العقلية. وتحديدًا، أفاد الناس بأنهم يشعرون بمزيد من السلام والسعادة.

يمكن أن يسبب القلق صعوباتٍ كبيرة لكثير من الناس. ولكن، كما رأينا، يوجد الآن العديد من الطرق للتعامل مع القلق المسبِّب للمشكلات. وبعضها معروف منذ قرون؛ وبعضها اكتُشِف بالصدفة؛ وبعض من أكثر الطرق الواعدة مبني على البحث في أسباب القلق التي وصفناها في هذا الكتاب.

الملحق

استبيانات التقييم الذاتي ومزيد من المعلومات

يحتوي هذا الملحق على استبيانات تقييم ذاتي لكلٍّ من:

- الرُّهاب الاجتماعي
- اضطراب القلق العام
- اضطراب الوسواس القهري
- اضطراب ما بعد الصدمة

من المهم أن تضع في اعتبارك أن هذه الاستبيانات لن تقدمَ تشخيصًا دقيقًا ومضمونًا، ولذلك، ستحتاج إلى استشارة اختصاصي. ومع ذلك، ستعطيك مؤشرًا عما إذا كان من المفيد طلب مشورة متخصصة. لمزيد من المعلومات حول خيارات العلاج، انظر الفصل الحادي عشر.

في قسم «المزيد من القراءات»، ستجد قائمة بالكتب والمواقع الإلكترونية التي توفِّر مزيدًا من المعلومات حول كل اضطراب من الاضطرابات النفسية الرئيسية الستة.

(١) الرُّهاب الاجتماعي

عندما تكمل الاستبيان التالي، اختر إجاباتك بناءً على تجاربك خلال الأسبوع الماضي.

إذا كان مجموع درجاتك الإجمالي ١٩ أو أكثر، فهذا علامة على احتمالية الإصابة بالرُّهاب الاجتماعي.

٠ = مطلقًا، ١ = قليلًا، ٢ = إلى حدٍّ ما، ٣ = كثيرًا، ٤ = إلى أقصى حد

(١) أخشى من أصحاب السلطة	٠	١	٢	٣	٤
(٢) يزعجني احمرار وجهي خجلًا أمام الناس	٠	١	٢	٣	٤
(٣) الحفلات والمناسبات الاجتماعية تخيفني	٠	١	٢	٣	٤
(٤) أتجنب التحدُّث إلى أشخاص لا أعرفهم	٠	١	٢	٣	٤
(٥) التعرض للنقد يخيفني كثيرًا	٠	١	٢	٣	٤
(٦) يدفعني الخوف من الإحراج إلى تجنب فِعل الأشياء أو التحدث إلى الناس	٠	١	٢	٣	٤
(٧) التعرق أمام الناس يسبِّب لي الإزعاج	٠	١	٢	٣	٤
(٨) أتجنب الذهاب إلى الحفلات	٠	١	٢	٣	٤
(٩) أتجنب الأنشطةَ التي أكون فيها في مركز الاهتمام	٠	١	٢	٣	٤
(١٠) التحدث إلى الغرباء يخيفني	٠	١	٢	٣	٤
(١١) أتجنب الاضطرار إلى إلقاء الخُطب	٠	١	٢	٣	٤
(١٢) سأفعل أي شيء لتجنب التعرض للنقد	٠	١	٢	٣	٤
(١٣) خفقان القلب يزعجني عندما أكون في وجود الناس	٠	١	٢	٣	٤
(١٤) أخشى من فِعل الأشياء والناس يتابعونني	٠	١	٢	٣	٤
(١٥) أسوأ مخاوفي هي الشعور بالحرج أو الغباء	٠	١	٢	٣	٤
(١٦) أتجنب التحدث إلى أي شخص في السلطة	٠	١	٢	٣	٤
(١٧) يزعجني الارتجاف أو الارتعاش أمام الآخرين	٠	١	٢	٣	٤

(٢) اضطراب القلق العام

إذا كنتَ قلقًا من أن مخاوفك قد تخرج عن نطاق السيطرة، فجرِّب الإجابة عن «استبيان ولاية بنسلفانيا للقلق».

لكلٍّ من العبارات التالية، وضِّح مدى كونها تنطبق على حالتك أو تصفها باختيار درجة من ١ إلى ٥.

١	٢	٣	٤	٥
لا ينطبق على الإطلاق		ينطبق إلى حدٍّ ما		ينطبق جدًّا

العبارة					
(١) إذا لم يكن لديَّ الوقت الكافي للقيام بكل شيء، لا أقلق بشأن ذلك.	١	٢	٣	٤	٥
(٢) مخاوفي تستحوذ عليَّ.	١	٢	٣	٤	٥
(٣) لا أميل إلى القلق بشأن الأمور.	١	٢	٣	٤	٥
(٤) العديد من المواقف تجعلني قلِقًا.	١	٢	٣	٤	٥
(٥) أعلم أنه لا يجب أن أقلق بشأن الأمور، ولكنني لا أستطيع.	١	٢	٣	٤	٥
(٦) عندما أكون تحت ضغط، أقلق كثيرًا.	١	٢	٣	٤	٥
(٧) أنا دائمًا قلِق بشأن شيءٍ ما.	١	٢	٣	٤	٥
(٨) أجد أنه من السهل تجاهُل الأفكار المقلِقة.	١	٢	٣	٤	٥
(٩) بمجرد أن أنتهيَ من مهمة واحدة، أبدأ في القلق بشأن شيء آخر.	١	٢	٣	٤	٥
(١٠) أنا لا أقلق بشأن أي شيء.	١	٢	٣	٤	٥
(١١) عندما لا يَعُد بإمكاني فِعل أي شيء بشأن أمرٍ ما، لا أقلق بشأنه مجددًا.	١	٢	٣	٤	٥
(١٢) كنت قلِقًا طوال حياتي.	١	٢	٣	٤	٥
(١٣) ألاحظ أنني أصبحت أقلق بشأن الأمور.	١	٢	٣	٤	٥
(١٤) بمجرد أن أبدأ في القلق، لا أستطيع التوقف.	١	٢	٣	٤	٥
(١٥) أنا قلِق طوال الوقت.	١	٢	٣	٤	٥
(١٦) أقلق بشأن المشاريع حتى تنتهي تمامًا.	١	٢	٣	٤	٥

Penn State Worry Questionnaire: Meyer, T. J., Miller, M. L., Metzger, R. L., and Borkovec, T. D., (1990). Development and validation of the Penn State Worry Questionnaire, *Behaviour Research and Therapy*, 28: 487–95.

اجمع الآن درجاتك التي اخترتها لكل عبارة. فيما يخص الأسئلة رقم ١ و٣ و٨ و١٠ و١١، فالدرجات معكوسة. أي إنك إذا اخترت ٥ على سبيل المثال، فسيُحسب العنصر بدرجة واحدة عند حساب الدرجات. يمكن أن يتراوح مجموع الدرجات بين ١٦ و٨٠.

عادةً ما يكون مجموع درجات الأشخاص الذين يعانون مشكلات القلق أعلى من ٥٠ درجة. وقد تشير النتيجة التي تزيد عن ٦٠ إلى الإصابة باضطراب القلق العام.

(٣) اضطراب الوسواس القهري

عندما تجيب عن الأسئلة التالية، فكِّر في تجاربك خلال الشهر الماضي.

٠ = مطلقًا، ١ = قليلًا، ٢ = إلى حدٍّ ما، ٣ = كثيرًا، ٤ = إلى أقصى حد

(١) أكتنز الكثير من الأشياء لدرجةِ أنها أصبحت تعيقني.	٠	١	٢	٣	٤
(٢) أتحقَّق من الأشياء أكثر من اللازم.	٠	١	٢	٣	٤
(٣) أنزعج إذا لم تكن الأشياء مرتَّبة بشكل صحيح.	٠	١	٢	٣	٤
(٤) أشعر بأنني مضطر إلى العد أثناء قيامي بالأشياء.	٠	١	٢	٣	٤
(٥) أجد صعوبة في لمس شيءٍ ما عندما أعلم أن غرباء أو أشخاصًا بعينهم قد لمسوه.	٠	١	٢	٣	٤
(٦) أجد صعوبة في السيطرة على أفكاري.	٠	١	٢	٣	٤
(٧) أجمع أشياء لست بحاجة إليها.	٠	١	٢	٣	٤
(٨) أتحقق بشكل متكرر من الأبواب والنوافذ والأدراج وما إلى ذلك.	٠	١	٢	٣	٤
(٩) أنزعج إذا غيَّر الآخرون الطريقةَ التي رُتِّبت بها الأشياء.	٠	١	٢	٣	٤
(١٠) أشعر بضرورة تكرار أرقام معينة.	٠	١	٢	٣	٤
(١١) أضطر أحيانًا إلى الاغتسال أو تنظيف نفسي لمجرد أنني أشعر بأنني ملوث.	٠	١	٢	٣	٤
(١٢) أنا منزعج من الأفكار المُكدِّرة التي تخطر ببالي رغمًا عني.	٠	١	٢	٣	٤
(١٣) أتجنب التخلص من الأشياء لأنني أخشى أن أحتاج إليها لاحقًا.	٠	١	٢	٣	٤
(١٤) أتحقق بشكل متكرر من الغاز وصنابير المياه ومفاتيح الإضاءة بعدما أُغْلِقها.	٠	١	٢	٣	٤
(١٥) أحتاج إلى ترتيب الأشياء بترتيب معيَّن.	٠	١	٢	٣	٤
(١٦) أشعر أن هناك أرقامًا جيدة وأخرى سيئة.	٠	١	٢	٣	٤
(١٧) أغسل يديَّ كثيرًا ولمدة أطول من اللازم.	٠	١	٢	٣	٤
(١٨) كثيرًا ما تراودني أفكار سيئة وأجد صعوبة في التخلص منها.	٠	١	٢	٣	٤

نُقِل الاستبيان بإذنٍ من إدنا بي فوا، ٢٠٠٢.

اجمع درجاتك. إذا كان الإجمالي ٢١ درجة أو أكثر، فهذا يشير إلى احتمال الإصابة باضطراب الوسواس القهري.

(٤) اضطرابُ ما بعد الصدمة

بالنسبة إلى هذا الاستبيان، يرجى اختيار إجاباتك بناءً على ردِّ فِعلك خلال الأيام السبعة الماضية على الحدث الصادم الذي مررت به.

كما رأينا في الفصل العاشر، توجد ثلاثة أنواع رئيسية من أعراض اضطرابِ ما بعد الصدمة:

- تقيس الأسئلة ١ و٢ و٣ و٦ و٩ و١٤ و١٦ و٢٠ «معاودةَ معايشة الحدث الصادم». يمكن أن تتراوح الدرجات بين صفر و٣٢.
- تقيس الأسئلة ٥ و٧ و٨ و١١ و١٢ و١٣ و١٧ و٢٢ «تجنُّب أي تذكير بالحدث الصادم أو الشعور بالخدر». أيضًا يمكن أن تتراوح الدرجات بين صفر و٣٢.
- تقيس الأسئلة ٤ و١٠ و١٥ و١٨ و١٩ و٢١ «الشعور بالتوتر المستمر». يمكن أن تتراوح الدرجات بين صفر و٢٤.

كلما ارتفعت الدرجات، زادت احتمالية أن تكون مصابًا باضطرابِ ما بعد الصدمة. يقدِّر بعض الخبراء أن مجموع درجات يبلغ ٣٠ أو أعلى للاستبيان بأكمله يشير إلى احتمالية أن تكون مصابًا باضطرابِ ما بعد الصدمة، ولكن، كما هو الحال مع جميع الاستبيانات في هذا الملحق، لا يمكن أن يتم التشخيص إلا من قِبَل طبيب مختص بعد إجراء تقييم مفصَّل.

٠ = مطلقًا، ١ = قليلًا، ٢ = إلى حدٍّ ما، ٣ = كثيرًا، ٤ = إلى أقصى حد

(١) أي تذكير بالحدث يعيد إليَّ المشاعر نفسها مرة أخرى.	٠	١	٢	٣	٤
(٢) لم أكن أستطيع الاستغراق في النوم.	٠	١	٢	٣	٤
(٣) هناك أشياء أخرى ظلت تجبرني على التفكير فيما حدث.	٠	١	٢	٣	٤
(٤) شعرت بالانزعاج والغضب.	٠	١	٢	٣	٤

(٥) تجنبت السماح لنفسي بالشعور بالانزعاج عند التفكير فيما حدث أو عندما أُذكَّر به. ٠ ١ ٢ ٣ ٤

(٦) فكَّرت فيما حدث دون قصد. ٠ ١ ٢ ٣ ٤

(٧) شعرت كما لو أنه لم يحدُث أو لم يكن حقيقيًّا. ٠ ١ ٢ ٣ ٤

(٨) ابتعدت عن كلِّ ما يذكِّرني بما حدث. ٠ ١ ٢ ٣ ٤

(٩) تبادرت صور لما حدث في ذهني. ٠ ١ ٢ ٣ ٤

(١٠) كنت سريعَ التوتر وأجفُل بسهولة. ٠ ١ ٢ ٣ ٤

(١١) حاولت عدم التفكير فيما حدث. ٠ ١ ٢ ٣ ٤

(١٢) كنت أعلم أنه لا يزال لديَّ الكثير من المشاعر حيال ما حدث، ولكنني لم أتعامل معها. ٠ ١ ٢ ٣ ٤

(١٣) كانت مشاعري حيال ما حدث خدرة نوعًا ما. ٠ ١ ٢ ٣ ٤

(١٤) وجدت نفسي أتصرف بالطريقة نفسها أو أشعر بما شعرت به في ذلك الوقت. ٠ ١ ٢ ٣ ٤

(١٥) واجهت صعوبة في النوم. ٠ ١ ٢ ٣ ٤

(١٦) كنت أشعر بدفقات مشاعر قوية حيال ما حدث. ٠ ١ ٢ ٣ ٤

(١٧) حاولت إزالة الحدث من ذاكرتي. ٠ ١ ٢ ٣ ٤

(١٨) واجهت صعوبةً في التركيز. ٠ ١ ٢ ٣ ٤

(١٩) تسببت لي الأشياء التي تذكرني بالحدث في ردود فعل جسدية، مثل التعرق، أو صعوبة التنفس، أو الغثيان، أو خفقان القلب. ٠ ١ ٢ ٣ ٤

(٢٠) كنت أحلم بما حدث. ٠ ١ ٢ ٣ ٤

(٢١) كنت أشعر باليقظة والحذر. ٠ ١ ٢ ٣ ٤

(٢٢) حاولت عدم التحدث عما حدث. ٠ ١ ٢ ٣ ٤

Impact of Event Scale – Revised © Weiss, D. S., and Marmar, C. R. (1997).

مراجع الملحق

Social phobia questionnaire reproduced from Connor, K., Davidson, J., Churchill L., Sherwood, A., Weisler, R., & Foa, E., 'Psychometric properties of the Social Phobia Inventory'. *British Journal of Psychiatry* (2000), 176, 379–386 with permission from The Royal College of Psychiatrists © 2000 The Royal College of Psychiatrists.

Generalized anxiety disorder questionnaire reproduced from Meyer, T. J., Metzger, R. L. & Borkovec, T. D., 'Development and validation of the Penn State Worry Questionnaire'. *Behaviour Research and Therapy* (1990), 28, 487–495 with permission from © Elsevier.

Obsessive-compulsive disorder questionnaire reproduced with permission from Professor Edna B. Foa (2002).

Post-traumatic stress disorder questionnaire reproduced from Weiss, D. S. & Marmar, C. R., 'The Impact of Event Scale – Revised' in Wilson, J. & Keane, T. M. (eds) *Assessing Psychological Trauma and PTSD* (1997) pp. 399–411, New York: Guilford with permission from Professors Daniel S. Weiss and Charles Marmar.

قراءات إضافية

If you'd like more information about anxiety disorders in general, we've devoted a substantial section to them in *Know Your Mind: Everyday Emotional and Psychological Problems and How to Overcome Them* (Rodale, 2009). Also worth checking out is Helen Kennerley's *Overcoming Anxiety* (Robinson, 2009).

On the Internet, see www.anxietyuk.org.uk, the website of the charity Anxiety UK, and www.adaa.org, which is run by the Anxiety Disorders Association of America.

الرهاب

Edmund Bourne, *The Anxiety and Phobia Workbook*, 5th edn. (New Harbinger, 2011)

Warren Mansell, *Coping with Fears and Phobias* (Oneworld, 2007) http://topuk.org (Triumph Over Phobia UK)

الخجل والرهاب الاجتماعي

Gillian Butler, *Overcoming Social Anxiety and Shyness* (Robinson, 2009)

Murray Stein and John Walker, *Triumph Over Shyness* (Anxiety Disorders Association of America, 2002)

www.anxietynetwork.com

www.social-anxiety.org.uk
www.socialphobia.org

اضطراب الهلع

Stanley Rachman and Padmal de Silva, *Panic Disorder: The Facts* (Oxford University Press, 2009)

Derrick Silove and Vijaya Manicavasagar, *Overcoming Panic and Agoraphobia* (Robinson, 2009)

http://www.nomorepanic.co.uk

http://nopanic.org.uk

http://anxietypanic.com

القلق واضطراب القلق العام

Robert Leahy, *The Worry Cure* (New Harbinger, 2006)

Kevin Meares and Mark Freeston, *Overcoming Worry* (Robinson, 2008)

اضطراب الوسواس القهري

Christine Purdon and David Clark, *Overcoming Obsessive Thoughts* (New Harbinger, 2005)

Padmal de Silva and Stanley Rachman, *Obsessive-Compulsive Disorder* (Oxford University Press, 2009)

David Veale and Rob Willson, *Overcoming Obsessive-Compulsive Disorder* (Robinson, 2009)

http://www.ocdaction.org.uk

http://www.ocfoundation.org

اضطراب ما بعد الصدمة

Barbara Olasov Rothbaum, Edna Foa, and Elizabeth Hembree, *Reclaiming Your Life from a Traumatic Experience* (Oxford University Press, 2007)

Glenn Schiraldi, *The Post-Traumatic Stress Disorder Sourcebook*, 2nd edn. (McGraw-Hill, 2009)

http://www.ptsd.va.gov

المراجع

الفصل الأول: ما القلق؟

American Psychiatric Association. (2000). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, 4th edn., Text Revision. (Arlington, VA: American Psychiatric Association).

Arrindell, W. A., Emmelkamp, P. M. G. and Van der Ende, J. (1984). Phobic Dimensions—I. Reliability and Generalizability across Samples, Gender and Nations. *Advances in Behaviour Research and Therapy*, 6: 207–254.

Banse, R. and Scherer, K. R. (1996). Acoustic Profiles in Vocal Emotion Expression. *Journal of Personality and Social Psychology*, 70: 614–636.

Barlow, D. H. (2002). *Anxiety and its Disorders*, 2nd edn. (New York: Guilford Press).

Berrios, G. & Porter, R. (eds.) (1995). *A History of Clinical Psychiatry: The Origin and History of Psychiatric Disorders.* (London: Athlone Press).

Dalgleish, T. and Power, M. (1999). *Handbook of Cognition and Emotion.* (Chichester: Wiley).

Darwin, C. (1872/1999). *The Expression of the Emotions in Man and Animals*. (London: Fontana).

Edelmann, R. J. (1992). *Anxiety*. (Chichester: Wiley).

Ekman, P. (1992). An Argument for Basic Emotions. *Cognition and Emotion*, 6, 169–200.

Hertenstein, M., Keltner, D., App, B., Bulleit, B. A., and Jaskolka, A. R. (2006). Touch Communicates Distinct Emotions. *Emotion*, 6: 528–533.

Kessler, R. C., Chiu, W. T., Demler, O. and Walters, E. E. (2005). Prevalence, Severity, and Comorbidity of 12-Month *DSM-IV* Disorders in the National Comorbidity Survey Replication. *Archives of General Psychiatry*, 62: 617–627.

Lewis, A. (1970). The Ambiguous Word 'Anxiety'. *International Journal of Psychiatry*, 9: 62–79.

Oatley, K., Keltner, D., and Jenkins, J. M. (2006). *Understanding Emotions*, 2nd edn. (Oxford: Blackwell).

Power, M. and Dalgleish, T. (1997). *Cognition and Emotion: From Order to Disorder*. (Hove: Psychology Press).

Rachman, S. (2004). *Anxiety*, 2nd edn. (Hove and New York: Psychology Press).

Susskind, J. M., Lee, D. H., Cusi, A., Feiman, R., Grabski, W. and Anderson, A. K. (2008). Expressing Fear Enhances Sensory Acquisition. *Nature Neuroscience*, 11: 843–850.

Tuma, A. H. and Maser, J. D. (eds) (1985). *Anxiety and the Anxiety Disorders*. (New Jersey: Lawrence Erlbaum Associates).

الفصل الثاني: نظريات القلق

Barlow, D. H. (2002). *Anxiety and its Disorders*, 2nd edn. (New York: Guilford Press).

Barlow, D. H. and Durand, V. M. (2005). *Abnormal Psychology: An Integrative Approach*. (Belmont, CA: Thomson Wadsworth).

Beck, A. T. and Emery, G. (1985). *Anxiety Disorders and Phobias: A Cognitive Perspective*. (Cambridge, MA.: Basic Books).

Bishop, S. J. (2007). Neurocognitive Mechanisms of Anxiety: An Integrative Approach. *Trends in Cognitive Sciences*, 11: 307–316.

Britton, J. C. and Rauch, S. L. (2009). Neuroanatomy and Neuroimaging of Anxiety Disorders. In M. M. Antony and M. B. Stein (eds.), *Oxford Handbook of Anxiety and Related Disorders.* (New York: Oxford University Press).

Cannistraro, P. A. and Rauch, S. L. (2003). Neural Circuitry of Anxiety: Evidence from Structural and Functional Neuroimaging Studies. *Psychopharmacology Bulletin*, 37: 8–25.

Charney, D. C. and Nestler, E. J. (2004). *Neurobiology of Mental Illness*, 2nd edn. (New York: Oxford University Press).

Clark, D. A. and Beck, A. T. (2010). *Cognitive Therapy of Anxiety Disorders*. (New York: Guilford).

Clark, D. M. (1999). Anxiety Disorders: Why They Persist and How to Treat Them. *Behaviour Research and Therapy*, 37: S5–27.

Damasio, A. R., Grabowski, T. J., Bechara, A., Damasio, H., Ponto, L. L. B., Parvizi, J., and Hichwa, R. D. (2000). Subcortical and Cortical Brain Activity during the Feeling of Self-generated Emotions. *Nature Neuroscience*, 3: 1049–1056.

Edelmann, R. J. (1992). *Anxiety*. (Chichester: Wiley).

Freud S. (1895/1979). On the Grounds for Detaching a Particular Syndrome from Neurasthenia under the Description 'Anxiety Neurosis', in *On Psychopathology* (London: Penguin).

Freud, S. (1933/1991). Anxiety and Instinctual Life, in *New Introductory Lectures on Psychoanalysis,* vol. 2. (London: Penguin).

Gray, J. A. and McNaughton, N. (2000). *The Neuropsychology of Anxiety*, 2nd edn. (Oxford: Oxford University Press).

Holmes, E. A. and Mathews, A. (2005). Mental Imagery and Emotion: A Special Relationship? *Emotion*, 5: 489–497.

LeDoux, J. (1998). *The Emotional Brain*. (New York: Phoenix).

Mathews, A., Richards, A., and Eysenck, M. (1989). Interpretation of Homophones Related to Threat in Anxiety States. *Journal of Abnormal Psychology*, 98: 31–34.

Mowrer, O. H. (1939). A Stimulus-Response Analysis of Anxiety and Its Role as a Reinforcing Agent. *Psychological Review*, 46: 553–565.

Oatley, K., Keltner, D., and Jenkins, J. M. (2006). *Understanding Emotions*, 2nd edn. (Oxford: Blackwell).

Rachman, S. (2004). *Anxiety*, 2nd edn. (Hove and New York: Psychology Press).

Rose, S. (2011). Self Comes to Mind: Constructing the Conscious Brain by Antonio Damasio. *The Guardian*, 12 February 2011.

Salkovskis, P. (ed.) (1996). *The Frontiers of Cognitive Therapy*. (New York: Guilford).

Sheehy, N. (2004). *Fifty Key Thinkers in Psychology*. (London and New York: Routledge).

Watson, J. and Raynor, R. (1920). Conditioned Emotional Reactions. *Journal of Genetic Psychology*, 37: 394–419.

الفصل الثالث: أهي الطبيعة أم التنشئة؟

Barlow, D. H. (2002). *Anxiety and its Disorders*, 2nd edn. (New York: Guilford Press).

Barlow, D. H. and Durand, V. M. (2005). *Abnormal Psychology: An Integrative Approach*. (Belmont, CA: Thomson Wadsworth).

Caspi, A. and Moffitt, T. E. (2006). Gene–Environment Interactions in Psychiatry: Joining Forces with Neuroscience. *Nature Reviews Neuroscience*, 7: 583–590.

Clark, D. A. and Beck, A. T. (2010). *Cognitive Therapy of Anxiety Disorders*. (New York: Guilford).

Eley, T. C., Gregory, A. M., Lau, J. Y. F., McGuffin, P., Napolitano, M., Rijsdijk, F., and Clark, D. M. (2008). In the Face of Uncertainty: A Twin Study of Ambiguous Information, Anxiety and Depression in Children. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 36: 55–65.

Eley, T. C., Gregory, A. M., Clark, D. M., and Ehlers, A. (2007). Feeling Anxious: A Twin Study of Panic/Somatic Ratings, Anxiety Sensitivity and Heartbeat Perception in Children. *Journal of Child Psychology and Psychiatry* 48: 1184–1191.

Gerull, F. C. and Rappe, R. M. (2002). Mother Knows Best: Effects of Maternal Modeling on the Acquisition of Fear and Avoidance Behavior in Toddlers. *Behaviour Research and Therapy*, 40: 279–287.

Gelernter, J. and Stein, M. B. (2009). Heritability and Genetics of Anxiety Disorders. In M. M. Antony and M. B. Stein (eds.), *Oxford Handbook of Anxiety and Related Disorders.* (New York: Oxford University Press).

Hudson, J. L. and Rapee, R. M. (2009). Familial and Social Environments in the Etiology and Maintenance of Anxiety Disorders. In M. M. Antony and M. B. Stein (eds.), *Oxford Handbook of Anxiety and Related Disorders.* (New York: Oxford University Press).

Hettema, J. M., An, S. S., Neale, M. C., Bukszar, J., van den Oord, E. J., Kendler, K. S., and Chen, X. (2006). Association Between Glutamic Acid Decarboxylase Genes and Anxiety Disorders, Major Depression, and Neuroticism. *Molecular Psychiatry*, 11: 752–762.

Hettema, J. M., Neale, M. C., and Kendler, K. S. (2001). A Review and Meta-analysis of the Genetic Epidemiology of Anxiety Disorders. *American Journal of Psychiatry*, 158: 1568–1578.

LeDoux, J. (1998). *The Emotional Brain.* (New York: Phoenix).

Plaisier, I., de Bruijn, J. G. M., de Graaf, R., ten Have, M., Beekman, A. T. F., and Penninx, B. W. J. H. (2007). The Contribution of Working

Conditions and Social Support to the Onset of Depressive and Anxiety Disorders among Male and Female Employees. *Social Science and Medicine*, 64: 401–410.

Plomin, R., DeFries, J. C., McClearn, G. E., and McGuffin, P. (2008). *Behavioral Genetics*, 5th edn. (New York: Worth).

Poulton, R., Andrews, G., and Millichamp, J. (2008). Gene-Environment Interaction and the Anxiety Disorders. *European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience*, 258: 65–68.

Smoller, J. W., Gardner-Schuster, E., and Misiaszek, M. (2008). Genetics of Anxiety. *Depression and Anxiety*, 25: 368–377.

Stein, M. B., Schork, N. J., and Gelernter, J. (2008). Gene-by-Environment (Serotonin Transporter and Childhood Maltreatment) Interaction for Anxiety Sensitivity, an Intermediate Phenotype for Anxiety Disorders. *Neuropsychopharmacology*, 33: 312–319.

Stein, M. B., Walker, J. R., Anderson, G., Hazen, A. L., Ross, C. A., Eldridge, G., and Forde, D. R. (1996). Childhood Physical and Sexual Abuse in Patients with Anxiety Disorders in a Community Sample. *American Journal of Psychiatry*, 153: 275–277.

Warren, S. L., Huston, L., Egeland, B., and Sroufe, L. A. (1997). Child and Adolescent Anxiety Disorders and Early Attachment. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 36: 637–644.

الفصل الرابع: مايكل بالين وجراهام تيلور: القلق اليومي وكيفية التعامل معه

Smits, J. A. J., Berry, A. C., Rosenfield, D., Powers, M. B., Behar, E., and Otto, M. W. (2008). Reducing Anxiety Sensitivity with Exercise. *Depression and Anxiety*, 25: 689–699.

Spurr, J. M. and Stopa, L. (2002). Self-focused Attention in Social Phobia and Social Anxiety. *Clinical Psychology Review*, 22: 947–975.

Wilson, J. (2008). *Inverting the Pyramid: The History of Football Tactics* (London: Orion).

الفصل الخامس: الرُّهاب

American Psychiatric Association. (2000). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, 4th edn., Text Revision. (Arlington, VA: American Psychiatric Association).

Barlow, D. H. (2002). *Anxiety and its Disorders*, 2nd edn. (New York: Guilford Press).

Cook, M. and Mineka, S. (1990). Selective Associations in the Observational Conditioning of Fear in Rhesus Monkeys. *Journal of Experimental Psychology: Animal Behavior Processes*, 16: 372–389.

Curtis, G. C., Magee, W. J., Eaton, W. W., Wittchen, H.-U., and Kessler, R. C. (1998). Specific Fears and Phobias: Epidemiology and Classification. *British Journal of Psychiatry*, 173: 212–217.

Davey, G. (2008). *Psychopathology: Research, Assessment, and Treatment in Clinical Psychology* (Chichester: Wiley-Blackwell).

Doogan, S. and Thomas, G. V. (1992). Origins of Fear of Dogs in Adults and Children: The Role of Conditioning Processes and Prior Familiarity with Dogs. *Behaviour Research and Therapy*, 30: 387–394.

Hettema, J. M., Annas, P., Neale, M. C., Kendler, K. S., and Fredrikson, M. (2003). A Twin Study of the Genetics of Fear Conditioning. *Archives of General Psychiatry*, 60: 702–708.

Jones, M. K. and Menzies, R. G. (2000). Danger Expectancies, Self-Efficacy, and Insight in Spider Phobia. *Behaviour Research and Therapy*, 38: 585–600.

Kendler, K. S., Myers, J., Prescott, C. A., and Neale, M. C. (2001). The Genetic Epidemiology of Irrational Fears and Phobias in Men. *Archives of General Psychiatry*, 58: 257–265.

Kessler, R. C., McGonagle, K. A., Zhao, S., Nelson, C. B., Hughes, M., Eshleman, S., Wittchen, H.-U., and Kendler, K. S. (1994). Lifetime and 12-Month Prevalence of *DSM-III-R* Psychiatric Disorders in the United States. *Archives of General Psychiatry*, 51: 8–19.

Kessler, R. C., Chiu, W. T., Demler, O., and Walters, E. E. (2005). Prevalence, Severity, and Comorbidity of 12-Month DSM-IV Disorders in the National Comorbidity Survey Replication. *Archives of General Psychiatry*, 62: 617–627.

LeDoux, J. (1998). Fear and the Brain: Where Have We Been and Where Are We Going? *Biological Psychiatry*, 44: 1229–1238.

McLean, C. P. and Anderson, E. R. (2009). Brave Men and Timid Women? A Review of the Gender Differences in Fear and Anxiety. *Clinical Psychology Review*, 29: 496 –505.

McManus, S., Meltzer, H., Brugha, T., Bebbington, P., and Jenkins, R. (eds.) (2009) *Adult Psychiatric Morbidity in England, 2007: Results of a Household Survey*. (NHS Information Centre for Health and Social Care).

McNally, R. J. (1997). Atypical Phobias. In G. C. L. Davey (ed.), *Phobias: A Handbook of Theory, Research and Treatment* (Chichester: Wiley).

Öhman, A. and Mineka, S. (2001). Fears, Phobias, and Preparedness: Toward an Evolved Module of Fear and Fear Learning. *Psychological Review*, 108: 483–522.

Öst, L.-G. and Hugdahl, K. (1981). Acquisition of Phobias and Anxiety Response Patterns in Clinical Patients. *Behaviour Research and Therapy*, 19: 439–447.

Pierce, K. A. and Kirkpatrick, D. R. (1992). Do Men Lie on Fear Surveys? *Behaviour Research and Therapy*, 30: 415–418.

Plomin, R., DeFries, J. C., McClearn, G. E., and McGuffin, P. (2008). *Behavioral Genetics*, 5th edn. (New York: Worth).

Spitzer, R. L., Gibbon, M., Skodol, A. E., Williams, J. B. W., and First, M. B. (eds.) (2002). *DSM-IV-TR Casebook* (Washington and London: American Psychiatric Association).

الفصل السادس: الرُّهاب الاجتماعي

American Psychiatric Association. (2000). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, 4th edn., Text Revision. (Arlington, VA: American Psychiatric Association).

Barlow, D. H. (2002). *Anxiety and its Disorders*, 2nd edn. (New York: Guilford Press).

Blair, K., Geraci, M., Devido, J., McCaffrey, D., Chen, G., Vythilingam, M., Ng, P., Hollon, N., Jones, M., Blair, R. J. R., and Pine, D. S. (2008). Neural Response to Self- and Other Referential Praise and Criticism in Generalized Social Phobia. *Archives of General Psychiatry*, 65: 1176–1184.

Clark, D. M. and Fairburn, C. G. (eds). *Science and Practice of Cognitive Behaviour Therapy* (Oxford and New York: Oxford University Press).

Dannahy, L. and Stopa, L. (2007). Post-event Processing in Social Anxiety. *Behaviour Research and Therapy*, 45: 1207–1219.

Gilbert, P. (2000). The Relationship of Shame, Social Anxiety and Depression: The Role of the Evaluation of Social Rank. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 7: 174–189.

Hackmann, A., Surawy, C., and Clark, D. M. (1998). Seeing Yourself Through Others' Eyes: A Study of Spontaneously Occurring Images in Social Phobia. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 26: 3–12.

Hallett, V., Ronald, A., Rijsdijk, F., and Eley, T. C. (2009). Phenotypic and Genetic Differentiation of Anxiety-Related Behaviors in Middle Childhood. *Depression and Anxiety*, 26: 316–324.

Heiser, N. A., Turner, S. M., Beidel, D. C., and Roberson-Nay, R. (2009). Differentiating Social Phobia from Shyness. *Journal of Anxiety Disorders*, 23: 469–476.

Hirsch, C. R., Clark, D. M., Mathews, A., and Williams, R. (2003). Self-images Play a Causal Role in Social Phobia. *Behaviour Research and Therapy*, 41: 909–921.

Lieb, R., Wittchen, H.-U., Hfl er, M., Fuetsch, M., Stein, M. B., and Merikangas, K. R. (2000). Parental Psychopathology, Parenting Styles, and the Risk of Social Phobia in Offspring. *Archives of General Psychiatry*, 57: 859–866.

Maner, J. K., Miller, S. L., Schmidt, N. B., and Eckel, L. A. (2008). Submitting to Defeat: Social Anxiety, Dominance Threat, and Decrements in Testosterone. *Psychological Science*, 19: 764–768.

Mosing, M. A., Gordon, S. D., Medland, S. E., Statham, D. J., Nelson, E. C., Heath, A. C., Martin, N. G., and Wray, N. R. (2009). Genetic and Environmental Infl uences on the Co-morbidity between Depression, Panic Disorder, Agoraphobia, and Social Phobia: A Twin Study. *Depression and Anxiety*, 26: 1004–1011.

Siqueland, L., Kendall, P. C., and Steinberg, L. (1996). Anxiety in Children: Perceived Family Environments and Observed Family Interaction. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology*, 25: 225–237.

Stein, D. J. (2009). Social Anxiety Disorder in the West and in the East. *Annals of Clinical Psychiatry*, 21: 109–117.

Wells, A. (1997). *Cognitive Therapy of Anxiety Disorders: A Practice Manual and Conceptual Guide* (Chichester: John Wiley).

Wild, J., Clark, D. M., Ehlers, A., and McManus, F. (2008). Perception of Arousal in Social Anxiety: Effects of False Feedback During a Social Interaction. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 39: 102–116.

الفصل السابع: اضطراب الهلع

American Psychiatric Association. (2000). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, 4th edn., Text Revision. (Arlington, VA: American Psychiatric Association).

Barloon, T. J. and Noyes, R., Jr. (1997). Charles Darwin and Panic Disorder. *Journal of the American Medical Association*, 277: 138–141.

Barlow, D. H. (2002). *Anxiety and its Disorders*, 2nd edn. (New York: Guilford Press).

Clark, D. M. and Fairburn, C. G. (eds). *Science and Practice of Cognitive Behaviour Therapy*. (Oxford and New York: Oxford University Press).

Craske, M. G., Lang, A. J., Mystkowski, J. L., Zucker, B. G., Bystritsky, A., and Yan-Go, F. (2002). Does Nocturnal Panic Represent a More Severe Form of Panic Disorder? *Journal of Nervous and Mental Disease*, 190: 611–618.

Ehlers, A. (1993). Somatic Symptoms and Panic Attacks: A Retrospective Study of Learning Experiences. *Behaviour Research and Therapy*, 31: 269–278.

Ehlers, A. and Breuer, P. (1992). Increased Cardiac Awareness in Panic Disorder. *Journal of Abnormal Psychology*, 101: 371–382.

Eley, T. C., Stirling, L., Ehlers, A., Gregory, A. M., and Clark, D. M. (2004). Heart-beat Perception, Panic/Somatic Symptoms and Anxiety Sensitivity in Children. *Behaviour Research and Therapy*, 42: 439–448.

Goodwin, R. D., Fergusson, D. M., and Horwood, L. J. (2005). Childhood Abuse and Familial Violence and the Risk of Panic Attacks and

Panic Disorder in Young Adulthood. *Psychological Medicine*, 35: 881–890.

Kessler, R. C., Chiu, W. T., Jin, R., Ruscio, A. M., Shear, K., and Walters, E. E. (2006). The Epidemiology of Panic Attacks, Panic Disorder, and Agoraphobia in the National Comorbidity Survey Replication. *Archives of General Psychiatry*, 63: 415–424.

Klein, D. F. (1993). False Suffocation Alarms, Spontaneous Panics, and Related Conditions: An Integrative Hypothesis. *Archives of General Psychiatry*, 50: 306–317.

Lau, J. Y. F., Gregory, A. M., Goldwin, M. A., Pine, D. S., and Eley, T. C. (2007). Assessing Gene–Environment Interactions on Anxiety Symptom Subtypes Across Childhood and Adolescence. *Development and Psychopathology*, 19: 1129–1146.

Plomin, R., DeFries, J. C., McClearn, G. E., and McGuffin, P. (2008). *Behavioral Genetics*, 5th edn. (New York: Worth).

Rachman, S. (2004). *Anxiety*, 2nd edn. (Hove and New York: Psychology Press).

Rapee, R., Mattick, R., and Murrell, E. (1986). Cognitive Mediation in the Affective Component of Spontaneous Panic Attacks. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 17: 245–253.

Salkovskis, P. M., Clark, D. M., Hackmann, A., Wells, A., and Gelder, M. G. (1999). An Experimental Investigation of the Role of Safety-seeking Behaviours in the Maintenance of Panic Disorder with Agoraphobia. *Behaviour Research and Therapy*, 37: 559–574.

Schmidt, N. B., Lerew, D. R., and Jackson, R. J. (1997). The Role of Anxiety Sensitivity in the Pathogenesis of Panic: Prospective Evaluation of Spontaneous Panic Attacks During Acute Stress. *Journal of Abnormal Psychology*, 106: 355–364.

Smoller, J. W., Block, S. R., and Young, M. M. (2009). Genetics of Anxiety Disorders: The Complex Road from DSM to DNA. *Depression and Anxiety*, 26: 965–975.

الفصل الثامن: اضطراب القلق العام

American Psychiatric Association. (2000). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, 4th edn., Text Revision. (Arlington, VA: American Psychiatric Association).

Barlow, D. H. (2002). *Anxiety and its Disorders*, 2nd edn. (New York: Guilford Press).

Borkovec, T. D., Ray, W. J., and Stöber, J. (1998). Worry: A Cognitive Phenomenon Intimately Linked to Affective, Physiological, and Interpersonal Behavioral Processes. *Cognitive Therapy and Research*, 22: 561–576.

Davey, G. C. L. and Wells, A. (eds.) (2006). *Worry and its Psychological Disorders: Theory, Assessment and Treatment*. (Chichester: John Wiley).

Kendler, K. S., Gardner, C. O., Gatz, M., and Pedersen, N. L. (2007). The Sources of Co-morbidity Between Major Depression and Generalized Anxiety Disorder in a Swedish National Twin Sample. *Psychological Medicine*, 37: 453–462.

Meyer, T. J., Miller, M. L., Metzger, R. L., and Borkovec, T. D. (1990). Development and Validation of the Penn State Worry Questionnaire. *Behaviour Research and Therapy*, 28: 487–495.

Moffitt, T. E., Caspi, A., Harrington, H., Milne, B. J., Melchior, M., Goldberg, D., and Poulton, R. (2007). Generalized Anxiety Disorder and Depression: Childhood Risk Factors in a Birth Cohort Followed to Age 32. *Psychological Medicine*, 37: 441–452.

Muris, P., Meesters, C., Merckelbach, H., Hülsenbeck, P. (2000). Worry in Children is Related to Perceived Parental Rearing and Attachment. *Behaviour Research and Therapy*, 38: 487–497.

Paulesu, E., Sambugaro, E., Torti, T., Danelli, L., Ferri, F., Scialfa, G., Sberna, M., Ruggiero, G. M., Bottini, G., and Sassaroli, S. (2010). Neural Correlates of Worry in Generalized Anxiety Disorder and in Normal Controls: A Functional MRI Study. *Psychological Medicine*, 40: 117–124.

Peasley-Miklus, D. and Vrana, S. R. (2000). Effect of Worrisome and Relaxing Thinking on Fearful Emotional Processing. *Behaviour Research and Therapy*, 38: 129 –144.

Plomin, R., DeFries, J. C., McClearn, G. E., and McGuffin, P. (2008). *Behavioral Genetics*, 5th edn. (New York: Worth).

Rachman, S. (2004). *Anxiety*, 2nd edn. (Hove and New York: Psychology Press).

Tallis, F., Davey, G. and Capuzzo, N. (1994). The Phenomenology of Non-Pathological Worry: A Preliminary Investigation. In G. Davey and F. Tallis (eds.) *Worrying: Perspectives on Theory, Assessment and Treatment*. (Chichester: Wiley)

Vasey, M. W. and Borkovec, T. D. (1992). A Catastrophizing Assessment of Worrisome Thoughts. *Cognitive Therapy and Research*, 16: 505–520.

الفصل التاسع: اضطراب الوسواس القهري

Abramowitz, J. S., Wheaton, M. G., and Storch, E. A. (2008). The Status of Hoarding as a Symptom of Obsessive-Compulsive Disorder. *Behaviour Research and Therapy*, 46: 1026–1033.

Abramowitz, J. S., Taylor, S., and McKay, D. (2009). Obsessive-Compulsive Disorder. *Lancet*, 374: 491–499.

American Psychiatric Association. (2000). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, 4th edn., Text Revision. (Arlington, VA: American Psychiatric Association).

Barlow, D. H. (2002). *Anxiety and its Disorders*, 2nd edn. (New York: Guilford Press).

Berrios, G. and Porter, R. (eds.) (1995). *A History of Clinical Psychiatry: The Origin and History of Psychiatric Disorders.* (London: Athlone Press).

Briggs, E. S. and Price, I. R. (2009). The Relationship between Adverse Childhood Experience and Obsessive-Compulsive Symptoms and Beliefs: The Role of Anxiety, Depression, and Experiential Avoidance. *Journal of Anxiety Disorders*, 23: 1037–1046.

Cath, D. C., van Grootheest, D. S., Willemsen, G., van Oppen, P., and Boomsma, D. I. (2008). Environmental Factors in Obsessive- Compulsive Behavior: Evidence from Discordant and Concordant Monozygotic Twins. *Behavior Genetics*, 38: 108–120.

Dougherty, D. D., Baer, L., Cosgrove, G. R., Cassem, E. H., Price, B. H., Nierenberg, A. A., Jenike, M. A., and Rauch, S. L. (2002). Prospective Long-Term Follow-Up of 44 Patients who Received Cingulotomy for Treatment-Refractory Obsessive-Compulsive Disorder. *American Journal of Psychiatry*, 159: 269–275.

Klinger, E. (1978). Modes of Normal Conscious Flow. In K. S. Pope and J. L. Singer (eds.), *The Stream of Consciousness.* (New York: Plenum Press).

Klinger, E. (1996). The Contents of Thoughts: Interference as the Downside of Adaptive Normal Mechanisms in Thought Flow. In I. G. Sarason, G. R. Pierce, and B. R. Sarason (eds.), *Cognitive Interference: Theories, Methods, and Findings.* (Mahwah, NJ: Lawrence Erlbaum Associates).

Mataix-Cols, D., Wooderson, S., Lawrence, N., Brammer, M. J., Speckens, A., and Phillips, M. L. (2004). Distinct Neural Correlates of Washing, Checking, and Hoarding Symptom Dimensions in Obsessive-Compulsive Disorder. *Archives of General Psychiatry*, 61: 564–576.

Miller, C. H. and Hedges, D. W. (2008). Scrupulosity Disorder: An Overview and Introductory Analysis. *Journal of Anxiety Disorders*, 22: 1042–1058.

Plomin, R., DeFries, J. C., McClearn, G. E., and McGuffin, P. (2008). *Behavioral Genetics*, 5th edn. (New York: Worth).

Rachman, S. (2004). *Anxiety*, 2nd edn. (Hove and New York: Psychology Press).

Rachman, S. and de Silva, P. (1978). Abnormal and Normal Obsessions. *Behaviour Research and Therapy*, 16: 233–248.

Ruscio, A. M., Stein, D. J., Chiu, W. T., and Kessler, R. C. (2010). The Epidemiology of Obsessive-Compulsive Disorder in the National Comorbidity Replication Survey. *Molecular Psychiatry*, 15: 53–63.

Salkovskis, P. M. (1999). Understanding and Treating Obsessive- Compulsive Disorder. *Behaviour Research and Therapy*, 37: S29–S52.

Tolin, D. F., Abramowitz, J. S., Przeworski, A., and Foa, E. B. (2002). Thought Suppression in Obsessive-Compulsive Disorder. *Behaviour Research and Therapy*, 40: 1255–1274.

van den Hout, M. A., Engelhard, I. M., de Boer, C., du Bois, A., and Dek, E. (2008). Perseverative and Compulsive-like Staring Causes Uncertainty About Perception. *Behaviour Research and Therapy*, 46: 1300–1304.

van den Hout, M. A. and Kindt, M. (2003). Repeated Checking Causes Memory Distrust. *Behaviour Research and Therapy*, 41: 301–316. van Grootheest, D. S., Boomsma, D. I., Hettema, J. M., and Kendler, K. S. (2007). Heritability of Obsessive-Compulsive Symptom Dimensions. *American Journal of Medical Genetics*, 147B: 473–478.

الفصل العاشر: اضطرابُ ما بعد الصدمة

Afifi, T. O., Asmundson, G. J. G., Taylor, S., and Jang, K. L. (2010). The Role of Genes and Environment on Trauma Exposure and Posttraumatic Stress Disorder Symptoms: A Review of Twin Studies. *Clinical Psychology Review*, 30: 101–112.

American Psychiatric Association. (2000). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, 4th edn., Text Revision. (Arlington, VA: American Psychiatric Association).

Asmundson, J. G. J., Stapleton, J. A., and Taylor, S. (2004). Are Avoidance and Numbing Distinct PTSD Symptom Clusters? *Journal of Traumatic Stress*, 17: 467–475.

Barlow, D. H. (2002). *Anxiety and its Disorders*, 2nd edn. (New York: Guilford Press).

Berrios, G. and Porter, R. (eds.) (1995). *A History of Clinical Psychiatry: The Origin and History of Psychiatric Disorders.* (London: Athlone Press).

Brewin, C. R., Dalgleish, T., and Joseph, S. (1996). A Dual Representation Theory of Posttraumatic Stress Disorder. *Psychological Review*, 103: 670–686.

Cohen Silver, R., Holman, E. A., McIntosh, D. N., Poulin, M., Gil-Rivas, V., and Pizarro, J. (2006). Coping with a National Trauma: A Nationwide Longitudinal Study of Responses to the Terrorist Attacks of September 11. In Y. Neria, R. Gross, R. Marshall, and E. Susser (eds.), *9/11: Mental Health in the Wake of Terrorist Attacks.* (Cambridge: Cambridge University Press).

Cox, B. J., Mota, N., Clara, I., and Asmundson, G. J. G. (2008). The Symptom Structure of Posttraumatic Stress Disorder in the National Comorbidity Replication Survey. *Journal of Anxiety Disorders*, 22: 1523–1528.

DeLisi, L. E. (2005). The New York Experience: Terrorist Attacks on September 11, 2001. In J. J. López-Ibor, G. Christodoulou, M. Maj, N. Sartorius, and A. Okasha (eds.), *Disasters and Mental Health.* (Chichester: John Wiley).

Ehlers, A. and Clark, D. M. (2000). A Cognitive Model of Posttraumatic Stress Disorder. *Behaviour Research and Therapy*, 38: 319–345.

Ehring, T., Ehlers, A., and Glucksman, E. (2008). Do Cognitive Models Help in Predicting the Severity of Posttraumatic Stress Disorder, Phobia, and Depression after Motor Vehicle Accidents? A Prospective Longitudinal Study. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 76: 219–230.

de Jong, J. T. V. M., Komproe, I. H., van Ommeren, M., El Masri, M., Araya, M., Khaled, N., van de Put, W., and Somasundaram, D. (2001). Lifetime Events and Posttraumatic Stress Disorder in 4 Postconfl ict Settings. *Journal of the American Medical Association*, 286: 555–562.

Kessler, R. C., Sonnega, A., Bromet, E., Hughes, M., and Nelson, C. B. (1995). Posttraumatic Stress Disorder in the National Comorbidity Survey. *Archives of General Psychiatry*, 52: 1048–1060.

Mol, S. S. L., Arntz, A., Metsemakers, J. F. M., Dinant, G. J., Vilters-Van Montfort, P. A. P., and Knottnerus, J. A. (2005). Symptoms of Post-Traumatic Stress Disorder After Non-Traumatic Events: Evidence from an Open Population Study. *British Journal of Psychiatry*, 186: 494–499.

Rachman, S. (2004). *Anxiety*, 2nd edn. (Hove and New York: Psychology Press).

Reyes, G., Elhai, J. D., and Ford, J. D. (eds.) (2008). *The Encyclopedia of Psychological Trauma.* (Hoboken, NJ: John Wiley).

Stein, M. B., Jang, K. L., Taylor, S., Vernon, P. A., and Livesley, W. J. (2002). Genetic and Environmental Infl uences on Trauma Exposure and Posttraumatic Stress Disorder Symptoms: A Twin Study. *American Journal of Psychiatry*, 159: 1675–1681.

Wang, Z., Neylan, T. C., Mueller, S. G., Lenoci, M., Truran, D., Marmar, C. R., Weiner, M. W., and Schuff, N. (2010). Magnetic Resonance Imaging of Hippocampal Subfields in Posttraumatic Stress Disorder. *Archives of General Psychiatry*, 67: 296–303.

Whalley, M. G. and Brewin, C. R. (2007). Mental Health Following Terrorist Attacks. *British Journal of Psychiatry*, 190: 94–96.

الفصل الحادي عشر: العلاج

Blank, L., Grimsley, M., Goyder, E., Ellis, E., and Peters, J. (2007). Community-Based Lifestyle Interventions: Changing Behaviour and Improving Health. *Journal of Public Health*, 29: 236–245.

Gelder, M., Harrison, P., and Cowen, P. (2006). *Shorter Oxford Textbook of Psychiatry.* (Oxford: Oxford University Press).

Gerrardi, M., Rothbaum, B. O., Ressler, K., Heekin, M., and Rizzo, A. (2008). Virtual Reality Exposure Therapy Using a Virtual Iraq: Case Report . *Journal of Traumatic Stress*, 21: 209–213.

Grey, N. (ed.) (2009). *A Casebook of Cognitive Therapy for Traumatic Stress Reactions*. (Hove: Routledge).

Grossman, P., Niemann, L., Schmidt, S., and Walach, H. (2004). Mindfulness-Based Stress Reduction and Health Benefits: A Meta-Analysis. *Journal of Psychosomatic Research*, 57: 35–43.

Healy, D. (2009). *Psychiatric Drugs Explained, 5*th edn. (Oxford: Elsevier).

Kirkwood, G., Rampes, H., Tuffrey, V., Richardson, J., and Pilkington, K. (2005). Yoga for Anxiety: A Systematic Review of the Research. *British Journal of Sports Medicine*, 39: 884–891.

Manzoni, G. M., Pagnini, F., Castelnuovo, G., and Molinari, E. (2008). Relaxation Training for Anxiety: A Ten-Years Systematic Review with Meta-Analysis. *BMC Psychiatry*, 8: 41.

McManus, S., Meltzer, H., Brugha, T., Bebbington, P., and Jenkins, R. (2009). *Adult Psychiatric Morbidity in England, 2007.* (Leeds: NHS Information Centre).

Moyer, C. A., Rounds, J., and Hannum, J. W. (2004). A Meta-Analysis of Massage Therapy Research. *Psychological Bulletin*, 130: 3–18.

National Institute for Health and Clinical Excellence (2005). *Post-Traumatic Stress Disorder* (London: NICE).

National Institute for Health and Clinical Excellence (2005). *Obsessive-Compulsive Disorder* (London: NICE).

National Institute for Health and Clinical Excellence (2007). *Anxiety (Amended)* (London: NICE).

NHS Primary Care Guidelines (2004). *Phobic Disorders* (World Health Organization).

Öst, L. G. (1997). Rapid Treatment of Specific Phobias. In G. C. L. Davey (ed.), *Phobias: A Handbook of Theory, Research and Treatment.* (Chichester: Wiley).

Otto, M. W., Behar, E., Smits, J. A. J., and Hofmann, S. G. (2009). Combining Pharmacological and Cognitive Behavioral Therapy in the Treatment of Anxiety Disorders. In M. M. Antony and M. B. Stein (eds.), *Oxford Handbook of Anxiety and Related Disorders.* (Oxford and New York: Oxford University Press).

Powers, M. B. and Emmelkamp, P. M. G. (2008). Virtual Reality Exposure Therapy for Anxiety Disorders: A Meta-Analysis. *Journal of Anxiety Disorders*, 22: 561–569.

Salmon, P. (2001). Effects of Physical Exercise on Anxiety, Depression, and Sensitivity to Stress: A Unifying Theory. *Clinical Psychology Review*, 21: 33–61.

Schulz, K. F., Altman, D. G., and Moher, D. (2010). CONSORT 2010 Statement: Updated Guidelines for Reporting Parallel Group Randomized Trials. *Annals of Internal Medicine*, 152: 1–8.

Walker, J. R., Vincent, N., and Furer, P. (2009). Self-Help Treatments for Anxiety Disorders. In M. M. Antony and M. B. Stein (eds.), *Oxford Handbook of Anxiety and Related Disorders.* (Oxford and New York: Oxford University Press).

Weiss, D. S., and Marmar, C. R. (1997). The Impact of Event Scale-Revised. In J. Wilson & T. M. Keane (eds.), *Assessing Psychological Trauma and PTSD*. (New York: Guilford).

قائمة الصور

